

**EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG ZUR PRAXIS DER
UNTERBRINGUNG DROGENABHÄNGIGER NACH DEM
BAYERISCHEN VERWAHRUNGSGESETZ
AUS SOZIALPSYCHIATRISCHER SICHT**

HENRYK WROBLEWSKI

1985

Aus der Psychiatrischen Klinik der
Universität München

Direktor: Prof. Dr. H. Hippus

EINE EMPIRISCHE UNTERSUCHUNG ZUR PRAXIS DER UNTERBRINGUNG
DROGENABHÄNGIGER NACH DEM BAYERISCHEN VERWAHRUNGSGESETZ
AUS SOZIALPSYCHIATRISCHER SICHT

I n a u g u r a l - D i s s e r t a t i o n
zur Erlangung der Doktorwürde in der gesamten Medizin
verfaßt und einer Hohen Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

vorgelegt von

Henryk Wroblewski

aus

Stettin

München 1985

Mit Genehmigung des Fachbereichs Medizin der Universität
München

Berichterstatter: Prof. Dr. W. Mende

Mitberichterstatter: Prof. Dr. H. Hippius

Dekan: Prof. Dr. W. Spann

Tag der mündlichen Prüfung: 15. 5. 1986

1.	<u>Einleitung</u>	1
1.1.	Darstellung des Verfahrens zur Unterbringung Drogenabhängiger nach dem Bayerischen Ver- wahrungsgesetz	1
1.2.	Gesichtspunkte zur Reform des Unterbringungs- rechts	7
1.2.1.	Verfassungsrechtlicher Rahmen	7
1.2.2.	Darstellung der Reformproblematik aus juristi- scher und medizinischer Sicht	13
2.	<u>Problemstellung und Zielsetzung</u>	30
3.	<u>Material und Methode der Arbeit</u>	32
4.	<u>Ergebnisse</u>	33
4.1.	<u>Daten zu Ablauf und Inhalt des Verwahrungs- verfahrens</u>	33
4.1.1.	Einleitung des Verfahrens	33
4.1.2.	Aufnahmeklinik	35
4.1.3.	Verwahrungsbeschluß	36
4.1.4.	Stadt-Kreis - Vergleich	39
4.1.5.	Dauer bis zum Verwahrungsbeschluß	42
4.1.6.	Beschwerden gegen den Unterbringungsbeschluß	43
4.1.7.	Begriff der Gefährlichkeit	45
4.1.8.	Begriffe Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Alkoholsucht	47
4.1.9.	Begriff der Verständigung	51

	Seite
4.1.10 Dauer des Klinikaufenthaltes	54
4.1.11. Errichtung von Pflegschaft und Vormundschaft	64
4.2. <u>Klinische Daten</u>	66
4.2.1. diagnostische Verteilung	66
4.2.2. Erstmanifestation der Drogensucht	72
4.2.3. erste ärztliche Betreuung und erster Klinikaufenthalt	75
4.3. <u>Soziale Daten</u>	77
4.3.1. Geschlecht	77
4.3.2. Alter	79
4.3.3. Staatsangehörigkeit	82
4.3.4. Familienstand	84
4.3.5. Beruf	86
5. <u>Diskussion</u>	89
6. <u>Zusammenfassung</u>	96
7. <u>Literaturverzeichnis</u>	101
8. <u>Nachtrag</u>	110

1. Einleitung

1.1. Darstellung des Verfahrens zur Unterbringung Drogen- abhängiger nach dem Bayerischen Verwahrungsgesetz.

Als Ausführungsgesetze zu Artikel 2 und 104 Abs. 2 GG wurden von den Ländern Gesetze hinsichtlich der Unterbringung psychisch Kranker und Suchtkranker erlassen. Dies führte zum bestehenden Zustand, der durch eine grosse Rechtszersplitterung gekennzeichnet ist. Eine bundeseinheitliche Regelung scheiterte bisher am Widerspruch der Länder, die zuletzt im Jahre 1953 aus grundsätzlichem Bedenken und aus der Ansicht heraus, dass bereits bestehende, von Ländern erlassene Gesetze sich bewährt hätten (81), eine bundeseinheitliche Regelung für nicht erforderlich hielten (zum Vergleich der Unterbringungsgesetze der Länder vgl. Baumann, 1; Saage-Göppinger, 57; Müller, 77). Die Problematik der Zugehörigkeit der zu regelnden Materie als Gegenstand der konkurrierenden Gesetzgebung im Sinne des Art. 74, Nr. 1 GG zu betrachten, ist juristischerseits nicht unwidersprochen. Es würde den Umfang der Arbeit sprengen, diese Frage hier diskutieren zu wollen. Scheint es doch so zu sein, dass hierbei politische Opportunitätserwägungen im Vordergrund stehen. (Für die Zuständigkeit des Bundes: Mangold-Klein, 47; Schmid-Bleibtreu, 59; Walter, 70; a. A. Maunz-Dürig, 48).

Festzuhalten bleibt, dass der Umstand der Rechtszersplitterung die Reformdiskussion nie hat verstummen lassen und immer wieder den Ruf nach bundeseinheitlicher Regelung des Unterbringungsrechts laut werden lässt (Ehrhard, 14; Ehrhard u. Villinger, 17;

Villinger, 69; Hirschmann, 31; Köster, 38; Koch, 34, 36; Mende, 50; Möllhoff, 51, 52, 53). In der Tat ist es als fragwürdiges Ergebnis der bestehenden Rechtszersplitterung zu bezeichnen, wenn in den einzelnen Anstalten der verschiedenen Bundesländer der prozentuale Anteil der Aufnahmen nach Unterbringungsgesetzen zwischen 5% und 85% der Gesamtaufnahmen schwanke (Schubert, 62; Ehrhardt, Villinger, 18). Die Psychiatrie Enquête (8) nennt Zahlen von 6% bis 50%. Deshalb wird hier darauf einzugehen und zu untersuchen sein, in wieweit die geltende Rechtslage im Lichte medizinischer Erkenntnisse und verfassungsrechtlicher Wirklichkeit Bestand haben kann. Sollten dabei Ergebnisse gezeitigt werden, die eine Reform nahelegen, so wird es von der herrschenden Rechtsauffassung abhängig zu machen sein, ob eine Neugestaltung bzw. Reform im Rahmen einer bundeseinheitlichen Regelung oder in der Länderzuständigkeit vorgenommen werden soll.

Die vorliegende Untersuchung wurde im Geltungsbereich des Bayer.Verw.G. in der Fassung vom 30.4.1952, geändert durch Gesetz vom 23. Juli 1970, durchgeführt (80).

In der Begründung des Regierungsentwurfs zu diesem Gesetz ist dargelegt, dass nicht gesundheitliche oder fürsorgerische, sondern ausschliesslich sicherheitsrechtliche Gesichtspunkte für die Verwahrung ausschlaggebend seien. ... Das Gesetz sei reines Sicherheitsgesetz (Stanglmeier, 66; Franke, 19).

Im Nachfolgenden wird die Gesetzeslage zum Zeitpunkt der Untersuchung erläutert.

Das Gesetz erwähnt drei unterschiedliche Verwahrungen:

Verwahrung nach Art. 2, Abs. 1,

vorläufige Unterbringung nach Art. 4, Abs. 6 zum

Zwecke der Beobachtung und

eilige vorläufige Unterbringung gem. Art. 5, Abs. 2,

i.V.m. Art. 4, Abs. 6.

Allen gemeinsam ist der Regelungszweck: die (endgültige) Verwahrung. Da die zu beurteilende Sachlage nicht von vornherein eine sichere Beurteilung zulässt, ist im Rahmen des Verwahrungsverfahrens (und nur in diesem) eine Unterbringung bis zur Dauer von 3 Monaten zulässig. Eine vom (endgültigen) Verwahrungsverfahren losgelöste Unterbringung zur Beobachtung ist nicht zulässig.

Die "eilige" vorläufige Unterbringung gem. Art. 5, Abs. 2 ist der (endgültigen) Verwahrung als vorläufige Maßnahme zugeordnet (Graba, 27).

Unterschiede ergeben sich bei den formellen Zulässigkeitsvoraussetzungen:

Die Verwahrung gem. Art. 2, Abs. 1 und in deren Rahmen die Unterbringung gem. Art. 4, Abs. 6 zur Beobachtung, wird nur auf Antrag der Kreisverwaltungsbehörde vom Amtsgericht ausgesprochen.

Im Gegensatz hierzu kann nach Art. 5, Abs. 1 die Polizei in eigener Verantwortung nach Prüfung der gesetzlichen Voraussetzungen (also ohne Einschaltung der Kreisverwaltungsbehörde) den Drogenabhängigen in die Klinik einliefern (vgl. Schmidt, 60). Dieses Geschehen muss - bei Bejahung der Selbst- oder Fremdgefährlichkeit der eingelieferten Person durch Anstaltsleiter bzw. Vertreter - spätestens bis zum Ende des Tages nach der Ergreifung vom örtlich zuständigen Amtsgericht geprüft werden, wobei entweder die Entlassung, oder Unterbringung bis zu Höchstdauer von 3 Monaten zu verfügen ist (Art. 5, Abs. 2 i. Vm. Art. 4, Abs. 6).

Voraussetzungen für alle drei Arten der Unterbringung nennt Art. 1:

Es muss sich um geisteskranke, geistesschwache, rauschgift- oder alkoholsüchtige Person handeln, die gemein- oder selbstgefährlich ist; die Verwahrung muss aus Gründen der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung erforderlich sein.

Die Form des Verwahrungsantrages ist gesetzlich nicht geregelt. Neben der schriftlichen wird die mündliche bzw. die fernmündliche Antragstellung für zulässig erachtet (vgl. Graba, 27).

Im Gerichtsverfahren sind die betroffene Person, der gesetzliche Vertreter oder Pfleger, der Ehegatte und bei Minderjährigen die Eltern grundsätzlich zu hören (Art. 4, Abs. 1) (vgl. Koch, 35). Ausnahmen hiervon regelt Art. 4, Abs. 2. Kann die betroffene Person aus den im Gesetz erwähnten

Gründen nicht gehört werden, so ist ihr im Verfahren ein Pfleger zu bestellen (Ausnahmen s. Art. 4, Abs. 2).

Gegen den Beschluß des Amtsgerichtes steht dem Betroffenen und den in Art. 4, Abs. 4 und 5 Benannten sofortige Beschwerde offen.

Die Verwahrten oder vorläufig untergebrachten Patienten unterliegen gem. Art. 6 nach den Regeln der ärztlichen Kunst gebotenen oder zulässigen Behandlung, wobei "Übermaßverbot" zu beachten sei (Möllhoff, 51, 52, 53). Die Überwachung der Post regelt Art. 7 und die Entlassung Art. 8.

Danach wird der Verwahrte grundsätzlich auf Anordnung des Gerichts entlassen. Eine Ausnahme bildet die Entlassung durch den Anstaltsleiter mit Zustimmung der Kreisverwaltungsbehörde bei vorläufiger Unterbringung nach Art. 4, Abs. 6 und Art. 5, Abs. 1, 2.

Zwingend ist die Prüfung durch das Gericht, ob die Verwahrungsvoraussetzungen noch gegeben sind, bei Drogenabhängigen alle 6 Monate, darüberhinaus jederzeit (Art. 8, Abs. 2).

Vor der endgültigen Entlassung kann das Gericht auf Antrag der Anstaltsleitung die probeweise Entlassung anordnen, um zu erkennen, ob Verwahrungsvoraussetzungen noch vorliegen (Art. 8, Abs. 5; Säcker, 58; Franke, 19). Dabei muss allerdings Gewähr für ausreichende Beaufsichtigung gegeben sein. Hierzu notwendige Auflagen können, Bedingungen dürfen nicht gemacht werden (Säcker, 58).

Die Beurlaubung ist gesetzlich nicht geregelt, nach Bay. ObLG (94) durch das Verwahrungsgericht aber zulässig, wobei "in dubio pro securitate" zu verfahren sei (Franke, 26; a. A. Kullmann, 41).

Abschliessend ist festzuhalten, dass die Unterbringung (hier nach dem Bayer. Verw.G.) grundsätzlich subsidiärer Natur ist, d.h. alle anderen Möglichkeiten der Gefahrabwendung sind vorrangig anzuwenden, nur im Falle ihres Scheiterns ist auf die Unterbringung als ultima ratio zurückzugreifen (Baumann, 1, 2, 3).

Die vorliegende empirische Arbeit wurde unter der Geltung des Bayer. Verwahrungsgesetzes (80) angefertigt. Es ist aber nicht Sinn und Absicht des Verfassers, die im Folgenden dargelegte Kritik der Literatur nur auf die spezifisch bayerischen Probleme einzuengen, sondern es soll der Versuch unternommen werden, die Problematik der Verwahrung Drogensüchtiger darzustellen, wobei die Gesichtspunkte angesprochen werden sollen, die im Rahmen einer umfassenden (bundeseinheitlichen) Reform der Unterbringungsgesetzgebung Berücksichtigung finden könnten.

1.2. Gesichtspunkte zur Reform des Unterbringungsrechts

1.2.1. Verfassungsrechtlicher Rahmen

1.2.2. Darstellung der Problematik aus juristischer und medizinischer Sicht

Zunächst ist zu untersuchen, innerhalb welchen Rahmens eine etwaige Reform vorgenommen werden könnte, oder anders gefragt, an welchen Eckpfeilern eine Neugestaltung festzumachen ist.

Wesentliche Gesichtspunkte hierfür sind aus der Rückschau der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes, der eine rechtsgestaltende Wirkung beizumessen ist, zu gewinnen.

Mit der Entscheidung vom 10.2.1960 (84) hat das BVerfG ausgesprochen, dass richterliche Entscheidung nach Art. 104, Abs. 2, S. 1 GG auch dann erforderlich ist, wenn der Vormund in Ausübung seines Aufenthaltsbestimmungsrechts den volljährigen Entmündigten in einer geschlossenen Anstalt unterbringe. Das BVerfG führte aus, dass es bei Freiheitsverletzungen gegenüber nicht voll geschäftsfähigen Personen lediglich auf den tatsächlichen, natürlichen Willen des Verletzten und nicht auf den Willen seines gesetzlichen Vertreters ankomme. Ebenso dürfen auch die Begriffe "Beschränkung" und "Entziehung" der Freiheit im Sinne des GG nicht dahin gedeutet werden, dass der rechtlich erhebliche Wille des Gewalthabers gegenüber dem natürlichen oder dem fehlenden Willen des Gewaltunterworfenen schlechthin maßgebend sei, so dass eine "Freiheitsentziehung" schon begrifflich nicht vorliege, wenn der Gewalthaber ihr zustimme....

Die Gewährleistung grundsätzlich vorgängig zutreffender - notfalls unverzüglich nachzuholender - richterlicher Entscheidung ist die einzige Sicherheit für die Freiheit der Person, die auch den Gesetzgeber bindet (eigene Unterstreichung). ...

Die zitierte Entscheidung des BVerfG betraf ausschliesslich die Freiheitsentziehung gegenüber volljährigen Entmündigten. Für diesen Fall bestimmte das BVerfG, dass Freiheitsschutz des Art. 104, Abs. 2, Satz 1 u. 2 GG nicht auf strafrechtliche Fälle und Festnahmen im Interesse der öffentlichen Ruhe, Sicherheit und Ordnung beschränkt ist, sondern ... auch Freiheitsentziehungen umfasst, die fürsorgerischen Charakter haben.

In ärztlichen Praktikerkreisen (Gruhle, 28; Burghard, 9) wird die Ansicht vertreten, Ärzte sollten selbständig über die Anstaltsunterbringung entscheiden dürfen.

In diesem Zusammenhang wird von Köster (38), Ehrhardt, Villinger (18) auf den mental-health act hingewiesen, der ein ideales Modell eines Bundesgesetzes für psychisch Kranke sei (vgl. hierzu Möllhoff (52) mit rechtsvergleichenden Hinweisen), weil der einzuschlagende Weg nach diesem englischen Gesetz nicht durch das Einschalten einer Verwaltungsbehörde kompliziert würde und das Gericht erst im Beschwerdefall zusammentrete, zusammengesetzt aus juristischen, medizinischen und solchen Mitgliedern, die Kenntnisse der sozialen Einrichtungen hätten.

Abgesehen von juristischen Zweckmässigkeitserwägungen und Interessenabwägungen, in deren Vordergrund das allgemeine Bedürfnis nach Rechtssicherheit und Rechtsschutz besonders für die betroffenen Kranken stehen muss (Franke, 24), könnte diesen Anregungen in der Bundesrepublik Deutschland nur nach Verfassungsänderung des Grundgesetzes, insbesondere des Art. 104, Abs. 2 GG gefolgt werden, wozu allerdings eine Zweidrittelmehrheit erforderlich ist (Franke, 24).

Zutt (75, 76), Ehrhard (12, 13, 15, 17), Villinger (18), Janz (32), Haddenbrock (29) tragen vor, dass demjenigen, der keine Freiheitsvernunft besitzt, keine Freiheit entzogen werden kann. Diese juristisch völlig unhaltbare, anthropologisch begründete Ansicht übersieht (a. A. Ross, 56), dass die grundgesetzlich geschützte Freiheit nicht die "vernunftgemäße", sondern die individuelle Freiheit der körperlichen Bewegung ist (Baumann, 1).

Auch die Ansicht, dass die Freiheitsentziehung, die aus dem fürsorgerischen Zweck der Heilung geschieht (Ehrhard, 15), tatbestandsmässig keine Freiheitsentziehung sein kann, übersieht, dass der Zweck bei der Tatbestandssubsumption ausser Betracht zu bleiben hat. Allenfalls bei der Frage der Rechtswidrigkeit des Handelns kann sie Eingang finden.

Die beiden vorgenannten Ansichten müssen insoweit fehlschlagen, als sie versuchen, juristische Begriffe durch medizinisches Anliegen und Bedürfnis zu ersetzen. Nach herrschender juristischer Ansicht (Baumann, 1, 2, 3) haben

auch Psychisch- oder Suchtkranke die Grundrechte der körperlichen Bewegungsfreiheit und Unversehrtheit sowie das Brief-, Post- und Fernmeldegeheimnis, die für das Anstaltsunterbringungsrecht von besonderer Bedeutung sind. Eingriffe in diese Grundrechte, auch Psychisch- und Suchtkranker, sind daher verfassungsrechtlich nur aufgrund gesetzlicher Sonderbestimmungen erlaubt, deren verfassungsrechtliche Zulässigkeit sich für die parlamentarischen Gesetzgeber, die ebenfalls der Verfassung unterworfen sind, in der Bundesrepublik Deutschland aus den Gesetzesvorbehalten der Grundrechtsartikel des Grundgesetzes ergibt. In allen diesen Gesetzesregelungen ist in Übereinstimmung mit dem Richtervorbehalt des Art. 104, Abs. 2 GG vorgeschrieben, dass Anstaltsunterbringungen durch die öffentliche Gewalt, die nicht nur vorübergehend erfolgen, richterlicher Anordnung oder Genehmigung bedürfen (Saage-Göppinger, 57 ; Sundermayer, 67; Franke, 20, 21, 22, 24).

Somit ist als Ergebnis festzuhalten: die für das Unterbringungsrecht wesentliche Freiheitsentziehung erfordert in unserer Verfassungswirklichkeit bereits erstinstanzliche Einschaltung eines Richters.

Die ärztlicherseits vorgetragenen Reformbestrebungen, die auf eine Verlagerung der Entscheidung über die (zur Behandlung) notwendige Freiheitsentziehung auf Ärzte hinauslaufen, halten einer verfassungsgerechten Überprüfung nicht stand.

Die Entscheidung des BVerfG (83) führt aus, dass der Einzelne sich diejenigen Schranken seiner Handlungsfreiheit gefallen

lassen muss, die der Gesetzgeber zur Pflege des sozialen Zusammenlebens in den Grenzen des bei dem gegebenen Sachverhalt allgemein Zumutbaren zieht, vorausgesetzt, dass dabei die Eigenständigkeit der Person gewahrt bleibt.

In der Entscheidung des BVerfG (82) wird angemerkt, dass Art. 2 GG die menschliche Handlungsfreiheit in umfassender Weise schützt und ihre freie Entfaltung gewährleistet. Das Menschenbild des GG ist allerdings nicht das eines souveränen, isolierten Individuums, sondern die Freiheit zur Entfaltung der Persönlichkeit ist von vornherein eine sozialgebundene Freiheit (Maunz -Dürig, 48) und findet somit seine Schranke in den Rechten anderer, im Sittengesetz und in der verfassungsmässigen Ordnung, d.h. in den Erfordernissen des Gemeinschaftslebens (Saage-Göppinger, 57).

Im Urteil vom 8.7.1967 (86) wird angemerkt:

Die Freiheit der Person ist ein so hohes Rechtsgut, dass sie nur aus besonders gewichtigen Gründen eingeschränkt werden darf. Zu diesen gewichtigen Gründen gehören in erster Linie die des materiellen Strafrechts und des Strafverfahrensrechts. Diese Eingriffe in die persönliche Freiheit des Einzelnen dienen dem Schutz der Allgemeinheit. Dazu gehört auch die Anstaltsunterbringung von gemeingefährlichen Geisteskranken. Weiterhin sind Eingriffe fürsorgerischen Charakters zulässig, die dem Schutz des Betroffenen dienen, wie z.B. die Unterbringung eines wegen Geistesschwäche Entmündigten in einer geschlossenen Anstalt zu dem Zweck, ihn daran zu hindern,

dass er sich selbst grösseren persönlichen oder wirtschaftlichen Schaden zufügt. Bei der Unterbringung (nach § 37, Abs. 2 u. 3 BSHG - eigene Klammer) geht es aber weder um den Schutz der Allgemeinheit, noch um den Schutz des Betroffenen. Es geht allein um die "Besserung" des Betroffenen. Er soll mit Hilfe der Freiheitsentziehung zu einem geordneten Leben hingeführt, an regelmässige Arbeit gewöhnt, auf die Dauer seßhaft gemacht werden.

Der Staat hat aber nicht die Aufgabe, seine Bürger zu "bessern" und deshalb auch nicht das Recht, ihnen die Freiheit zu entziehen, nur um sie zu "bessern", ohne dass sie sich selbst oder andere gefährdeten, wenn sie in Freiheit blieben. ... Davon abgesehen ist auch der im Rechtsstaatsprinzip wurzelnde Grundsatz der Verhältnismässigkeit verletzt. Dem Gefährdeten wird seine Freiheit entzogen, obwohl er weder eine strafbare Handlung begangen, noch durch sein Verhalten die allgemeine Ordnung empfindlich gestört hat.

Zu betonen ist, dass diese Entscheidung die Frage der Zulässigkeit einer gesetzlichen Regelung zum Inhalt hatte, durch die es möglich war, eine geschäftsfähige Person unterzubringen, um sie zu einer geordneten Lebensführung zu bringen. Nicht Gegenstand der verfassungsrechtlichen Entscheidung war die Frage der Zulässigkeit einer Heilbehandlung eines hilfsbedürftigen psychisch Kranken oder Suchtkranken; mithin ist zur Frage des hier interessierenden Fürsorgegedankens nicht abschliessend Stellung bezogen worden.

Es ist nunmehr zu fragen, welche Konsequenzen die Rechtsprechung des BVerfG für den Diskussionsstand zeitigt, der medizinischer- bzw. juristischerseits geführt wird.

Die Rechtsprechung des BVerfG bedeutet, dass es nicht Aufgabe des Staates ist, den Bürger zu bessern. Deshalb steht dem Staat das Recht nicht zu, um der Besserung willen dem Bürger die Freiheit zu entziehen, denn das Grundrecht der freien Entfaltung der Persönlichkeit bedeutet auch die "Freiheit zu Krankheit" (Baumann, 1, 2, 3; herrschende Ansicht) so lange, wie nicht Rechtsgüter Dritter oder das Sittengesetz verletzt werden. Es ist dem Einzelnen überlassen, sich vor sich selbst zu schützen (Kullmann, 40; Palder, 54; Leibholz-Rinck, 45).

1.2.2. Darstellung der Problematik aus juristischer und medizinischer Sicht

Auf der anderen Seite wird juristischerseits nicht in Zweifel gezogen, dass der Selbstmord als sittenwidrig anzusehen ist und die Polizei verpflichtet und befugt ist, zur Verhinderung des Selbstmords einzugreifen, etwa mit der Begründung, dass der Gemeinschaft das Schicksal eines ihrer Glieder nicht gleichgültig sein kann (vgl. Baumann, 1; Palder, 54; Janzarik, 33). Somit ist festzuhalten, dass auch von den Verfechtern der sicherheits- und ordnungsrechtlichen Verankerung der Unterbringung zumindest fürsorgliche Akzente gesetzt werden, die dem Kranken kein unbeschränktes Recht zur Selbstgefährdung zugestehen (vgl. Baumann, 3).

In diesem Zusammenhang ist die Ablehnung einer ärztlich gebotenen Behandlung (z.B. Entziehungskur) zu erörtern.

Es wird als inkonsequent empfunden, die Folgen einer Nichtbehandlung nicht dem Selbstmord oder der Selbstverstümmelung gleichzustellen (Baumann, 3), da beide Gesichtspunkte anerkanntermaßen die Unterbringungs Voraussetzungen erfüllen. Deshalb wird auch von den Anhängern der polizeirechtlichen Verankerung des Unterbringungsrechts die Ablehnung einer ärztlich gebotenen Behandlung als Grund zur Unterbringung gesehen. Allerdings wird gefordert, dass mit Sicherheit oder hoher Wahrscheinlichkeit eine ganz erhebliche Gesundheitsbeeinträchtigung zu erwarten ist (vgl. Baumann, 3). Im Zweifel ist nach dem Grundsatz "in dubio pro libertate" zu verfahren (Franke, 23, 25, 26).

Im Hinblick auf die Süchtigen wird der Unterbringungsgrund der Gefahr nicht aus der Ablehnung der Entziehungskur, also aus der Sucht als solcher, gefolgert. Die Sucht muss zu einer über sie hinausgehenden Gefahr führen. Eine erhebliche Gesundheitsverletzung muss kurz bevorstehen. Das wird aus dem Grundrecht der Freiheit des Süchtigen hergeleitet, Freiheit, die das Recht beinhaltet, sein Leben falsch anzulegen und letztendlich zu ruinieren (Baumann, 1, 2, 3).

Polizeirechtlich könne erst dann eingeschritten werden, wenn die Gefahr eine solche Dimension angenommen hat und so nahe bevorsteht, dass mit einer vernünftigen Reaktion des Süchtigen unter gar keinen Umständen gerechnet werden kann. Solange sich zwischen die Sucht und die aus ihr resultierende Gesundheitsbeschädigung etwa noch eine freiwillige Entziehungskur einschieben kann, dürfe nicht nach Unterbringungsrecht eingegriffen werden (Baumann, 1).

Im Gegensatz zu dieser ordnungsrechtlichen Betrachtungsweise, die sich allerdings eng an die Rechtsprechung des BVerfG zu Eingriffen in das Persönlichkeitsrecht hält, wird von psychiatrischer Seite übereinstimmend die Betonung des Fürsorgegedankens gefordert (stellvertretend Haddenbrock, 29).

Der Gesichtspunkt der Verwahrung und des damit verbundenen Schutzes der Allgemeinheit vor dem psychisch Kranken habe in der modernen Psychiatrie zurückzutreten zugunsten einer Anschauung, die den psychisch Kranken nicht mehr als gemeingefährlich, als potentiell gefährlichen Täter diskriminiert (Haddenbrock, 29; Winkler, 72). Dem folgt ein Teil der juristischen Meinung (Saage-Göppinger, 57; vgl. Kroll, 39) mit folgender Begründung, wobei zwischen Geschäftsfähigen und Geschäftsunfähigen unterschieden wird (zur Frage der Geschäftsfähigkeit vgl. Mende, 49).

Beim Geschäftsfähigen sei eine Behandlung gegen seinen Willen, wenn andere Personen nicht gefährdet werden, nicht möglich.

Beim Geschäftsunfähigen sei Unterbringung zur Behandlung für zulässig zu erachten, wenn keine andere, mildere Anordnung möglich ist, denn der Betroffene bedürfe infolge seines Zustandes des Schutzes und der Hilfe.

Die Zulässigkeit des Eingreifens der staatlichen Gemeinschaft ergäbe sich aus dem Sozialstaatgedanken (in Art. 20, Abs. 1 GG in Art. 28, Abs. 1 GG verankert), der Bestandteil der verfassungsmässigen Ordnung auch im Sinne des Art. 2, Abs. 1 GG sei

(Maunz-Dürig, 48). Ein modernes Unterbringungsrecht ist bei sozialstaatlichem Denken ohne eigene fürsorgliche Elemente nicht mehr vertretbar.

Zur verfassungsmässigen Ordnung gehöre auch die Fürsorge der staatlichen Gemeinschaft für die Bürger, die geschäftsunfähig oder beschränkt geschäftsfähig sind und des Schutzes bedürfen, für ... Suchtkranke, die infolge ihres Krankheitszustandes und der damit verbundenen mangelnden Geschäftsfähigkeit die Schwere eben ihres Zustandes und die Notwendigkeit der Behandlung nicht zu erkennen und zu beurteilen vermögen oder sich trotz einer solchen Erkenntnis infolge krankhafter Willensschwäche nicht dazu entschliessen können, sich behandeln zu lassen. Dies gilt auch, wenn es sich nur um einen vorübergehenden Zustand handelt für diesen Zeitraum, und für partiell Geschäftsunfähige, wenn sich diese partielle Geschäftsunfähigkeit gerade auf die fehlende Einsichtsfähigkeit hinsichtlich der Notwendigkeit der Heilbehandlung bezieht (Saage-Göppinger, 57).

In Einklang damit zu bringen sind die erheblich verbesserten therapeutischen Möglichkeiten der modernen Psychiatrie, die zu einer Verkürzung der Behandlungszeiten und zur Ermöglichung der sozialen und beruflichen Integration führen.

Die Rechtsprechung (stellvertretend OLG Hamm, 89; Bay. OLG, 93) hat sich diesen Erkenntnissen nicht verschlossen und verschafft ihnen durch eine Ausdehnung des Begriffes der "Gefährdung der öffentlichen Ordnung" bei Selbstgefährdung des psychisch Kranken oder Suchtkranken bereits im Rahmen der geltenden Unterbringungs- bzw. Verwahrungsgesetze Geltung.

Dies gipfelt in der sehr konstruiert wirkenden Feststellung des Bay.OblG, die öffentliche Ordnung sei durch das Verhalten des Kranken bedroht, und erfordere die Anordnung der Verwahrung jedenfalls dann, wenn ein unbestimmter Personenkreis von dem Schicksal des Kranken Kenntnis erlangen und dadurch beunruhigt werden könne.

Somit bleibt als Ergebnis festzuhalten:

- 1.) über die Rechtsprechung hat der Fürsorgegedanke bereits in den geltenden, vorwiegend polizeirechtlich geprägten Verwahrungsgesetzen Eingang gefunden
- 2.) die Betonung des Fürsorgegedankens wird durch die Rechtsprechung des BVerfG nicht in Frage gestellt, sondern
- 3.) durch das heutige Verfassungsverständnis nahegelegt.

Die vorangegangenen Erwägungen machen deutlich, dass eine grundsätzliche Neubesinnung, ein Umdenken bezüglich der Beurteilung der Fremdgefährdung und Selbstgefährdung und der Bedeutung des Fürsorgegedankens erforderlich ist (Haddenbrock, 29; Witter, 74; Winkler, 72; Ehrhardt, 13, 15; a. A. März, 46). Die Ansicht der Verfechter der polizeirechtlichen Verankerung der Unterbringungsgesetze, die eine Pervertierung des Fürsorgegedankens zum Zwangsbehandlungsrecht und eine Vernunftlosigkeit des Arztes über den Patienten (Baumann, 1, 3) befürchten, ist somit nicht unwidersprochen geblieben.

Die vorangegangenen Ausführungen haben deutlich gemacht, dass als Hauptanliegen eine Neugestaltung des

Unterbringungsrechts unter dem Gesichtspunkt einer stärkeren Betonung des Fürsorgegedankens - wie psychiatrischerseits gewünscht - rechtlich möglich ist, was auch zum Umdenken bezüglich der Beurteilung der umstrittenen Begriffe "Selbst- und Fremdgefährdung" zu führen hat.

Nunmehr ist zu untersuchen, welche weiteren Gesichtspunkte bei einer Neugestaltung zu berücksichtigen sind.

Der den sicherheits- und ordnungsrechtlichen Kategorien verpflichtete juristische Krankheitsbegriff mit der Formulierung "geisteskrank" und "geistesschwach" wird als diskriminierend und weltfremd empfunden (Weitbrecht, 71).

Bei Betrachtung der modernen Gesetzgebung wird deutlich, dass mit Recht Formulierungen, durch die einzelne Personengruppen diffamiert werden könnten, vermieden werden. So spricht z.B. das Gesetz jetzt von nicht ehelichem Kind, das Bundes-sozialhilfegesetz von geistig oder seelisch Behinderten, sowie von besonderen sozialen Schwierigkeiten, vgl. auch die Regelung des § 20 StGB.

Juristischerseits wird betont, es sei Gebot, das aus Art. 1 GG zu folgern ist, die psychisch Kranken in erster Linie als hilfsbedürftige Menschen zu behandeln. Die bisherige Betrachtungsweise, die nur die Abwehr der von dem "gemein-gefährlichen Geisteskranken" drohenden Gefahren im Auge hatte, müsse überwunden werden. Der Ausdruck "geisteskrank" könne z.B. durch den Begriff "psychisch krank" ersetzt werden (Saage-Göppinger, 57).

Beim folgenden Gesichtspunkt soll auf den juristischen und medizinischen Krankheitsbegriff eingegangen und deren gegenseitige Begrenzung erörtert werden. Dies ist erforderlich, weil die unterschiedlichen Ansatzpunkte Anlaß zu Verständigungsschwierigkeiten bieten können, sind doch die Rechtsbegriffe auf die zu regelnden Rechtsbereiche zugeschnitten und praktischen Notwendigkeiten angepaßt (Mende, 49). Das Gesetz stellt nicht auf die medizinischen Ursachen und das Erscheinungsbild ..., sondern auf den Folgezustand, die Auswirkungen im gesellschaftlichen Leben ab (Baumann, 3). Die psychiatrische Diagnose gründet sich dagegen auf die Zustandsbilder, nicht auf den Verlauf der psychischen Störung.

Der juristische Begriff der Geisteskrankheit umfasst jede krankhafte geistige Abartigkeit irgendwelcher Art, ohne Rücksicht auf die medizinische Bezeichnung oder Einordnung, aber auch alle Störungen der Verstandestätigkeit, des Gefühls-, Willens- und Trieblebens, welche die dem normal entwickelten Menschen vorhandenen Vorstellungen und Gefühle beeinträchtigen, also auch psychopathische Störungen mit Krankheitswert, ebenfalls den Schwachsinn (Oligophrenie) und die Idiotie als höchsten Schwachsinnsg Grad (vgl. BayObLGZ, 91, 92; Baumann, 1; Göppinger, 57).

Der Begriff "Geistesschwäche" bedeutet einen geringeren Grad der geistigen Störung gegenüber der Geisteskrankheit, wobei jede geistige oder seelische Anomalität gemeint ist, zu der auch Schwachsinnzustände gehören können (BGHZ, 88).

Durch den juristischen Begriff der Geisteskrankheit werden also die leichteren Grade geistiger oder seelischer Störungen ausgeklammert; insofern ist der juristische Begriff der Geisteskrankheit enger als der medizinische (Göppinger, 57).

Bei der Konzeption des Unterbringungsrechts als Sicherheits- und Ordnungsrecht ist bei der Anwendung des Gesetzes nur der juristische Begriff der Geisteskrankheit zugrunde zu legen (Baumann, 1, 2, 3).

Die Einführung medizinischer Begriffe (etwa die der Psychose, psychische Störung) liegt umso näher, je weiter die Neuregelung den Fürsorgegedanken in den Vordergrund stellt. Zum anderen ist sie aus dem Gesichtspunkt der Beseitigung der Diskriminierung zu fordern. Die Vereinheitlichung der Begriffe sowie die Beseitigung der bundesweiten Zersplitterung der Begriffe würde der Rechtssicherheit dienen.

Wurde in den vorangegangenen Ausführungen die Abkehr der Unterbringungsgesetze vom polizei- bzw. ordnungsrechtlichen Ansatz und der Hinwendung zum Fürsorgegedanken das Wort geredet, so liegt es nahe, anstelle der der Gefahrenabwehr behafteten juristischen Begriffe der "Geisteskrankheit, Geistesschwäche" medizinische Ausdrücke zu setzen.

Als Möglichkeit bieten sich an: die Sprachregelung des § 20 StGB, die den Ausdruck "krankhafte seelische Störung" bzw. "tiefgreifende Bewußtseinsstörung" einführt (in diesem Sinne Ehrhard, 16; zu den Begriffen Dreher, 11) bzw. die Sprachregelung des Psych.KG NRW, die auf die klinischen

Begriffe Psychose, psychische Störung (die einer Psychose gleichkommt) und Schwachsinn (hierfür wird der Ausdruck des § 39, Abs. 1 BSHG "geistige Behinderung" für geeigneter gehalten) zurückgreift. Zu fragen ist allerdings, ob dadurch der Erscheinungsvielfalt der Praxis hinreichend Rechnung getragen werden kann.

Voranzustellen ist, dass in der modernen Psychiatrie der Begriff "Geisteskrankheit" nicht mehr verwendet wird. Geltung haben nur noch medizinische Begriffe, wie z.B. der Begriff "Psychose" als internationales Fachwort, d.h. zentral bedingte Störung der psychischen Funktionen, die zu einem Strukturwandel des gesamten Erlebens führt.

Zu unterscheiden sind körperlich begründbare und endogene Psychosen, wobei die Begriffe umstritten sind: Schneider (61), Witter (74) und Weitbrecht (71) sprechen von "körperlich begründbar", Bleuler (6) umschreibt mit "in engem Zusammenhang mit Körperkrankheiten". Langelüddecke (44) spricht von exogenen Psychosen.

Allen gemeinsam ist, dass sie Krankheitsvorgänge als Ursache ansehen, die sich im Gehirn entwickeln oder die das Gehirn unmittelbar in Mitleidenschaft ziehen oder nachweisbar auf körperlichen Erkrankungen oder Schädigungen beruhen.

Hervorzuheben ist die Zugehörigkeit von forensisch zwei wichtigen Gruppen (Göppinger, 57): die reversiblen (Intoxikation durch Alkohol, Suchtmittel und Medikamente, Erkrankungen, Traumen) und irreversiblen Störungen

(hirnorganische Abbauprozesse, Altersveränderung sowie chronische Intoxikation durch Alkoholmißbrauch und andere Suchten (Witter, 73).

Im Bereich der Drogenabhängigkeit sind gewöhnliche Rauschzustände, gereizte Verstimmungen und die Charakterdepravation unter den Begriff der psychischen Störung, das Entzugsdelir, die Drogenhalluzinose und das Korsakowsyndrom unter dem Begriff Psychose zu subsumieren (Winkler, 72; Göppinger, 57). Der Begriff der endogenen Psychose meint psychische Störungen, bei denen körperliche Bedingtheit postuliert wird (Schulte-Tölle, 64; Langelüddeke, 44; Bleuler, 6). Zu ihnen gehören die schizophrenen Geistesstörungen und die manisch depressiven Psychosen.

Von den Psychosen sind die psychischen Normabweichungen, Neurosen, abnormen Erlebnisreaktionen und Schwachsinn zu unterscheiden.

Nach Winkler (72) ist der Begriff der psychischen Störung auf abnorme Erlebnisreaktionen, Kurzschlußhandlungen, Verstimmungszustände, abnorme Entwicklungen, Neurosen, Perversionen, Psychopathien, usw. zu beziehen. Somit ist festzuhalten, dass die Einführung medizinischer Begriffe zu Lasten der polizeirechtlichen keine praxisrelevante Regelungslücke entstehen ließe.

Für die Belange der Verwaltungspraxis zur "Suchtfeststellung" bietet sich eine Anlehnung an die Definition der WHO (a.A. Stadlbauer, 65) an, wonach unter Drogenabhängigkeit ein Zustand periodischer oder chronischer, durch den wiederholten Gebrauch

einer natürlichen oder synthetischen Droge hervorgerufene Intoxikation, die dem Betroffenen und der Gemeinschaft schadet, verstanden und eine Unterteilung in sieben verschiedene Typen der Drogenabhängigkeit vorgenommen wird. Da es sich im Unterbringungsrecht anerkanntermaßen um Abhängigkeit mit Krankheitswert handeln muss (Göppinger, 5), ist zu deren Feststellung die Heranziehung der Beeinträchtigung der Freiheit der Willensbildung im Sinne inneren Zwanges - also eines nicht oder schwer überwindbaren Hanges zur Einnahme übermäßiger Mengen von Drogen - (Baumann, 1, 2, 3) notwendig.

Zugestandenermaßen verfügen Vormundschaftsrichter und übergeordnete Beschwerdeinstanzen oft nur über ganz geringe psychologisch-psychiatrische Kenntnisse (Göppinger, 57; Schneider, 61). Es mangelt ihnen an der erforderlichen Vorbildung und sie finden oft infolge der Arbeitsüberlastung kaum Zeit zur theoretischen Einarbeitung, um sich mit den Gutachten und der psychiatrischen Fachsprache vertraut machen zu können (Göppinger, 57; Koch 36).

Deshalb wird eine Reformbestrebung eine diesbezügliche Aus- und Fortbildung zu fordern haben.

Von den Psychiatern wird beklagt (Haddenbrock, 29), dass die Begriffe "Gemeingefahr" oder "gegenwärtige Gefahr" unterschiedlich und zu eng interpretiert werden. Dabei ginge es vor allem um die oft schwer abzuschätzende "potentielle Gefahr" und viel weniger um die in polizeiwidrigen Handlungen mehr oder weniger bereits manifest

gewordene Gefahr. Somit ist auf das Problem der Unberechenbarkeit (Janzarik, 33; Winkler, 72) bei den psychisch Kranken einzugehen.

Der Richter muss, um die Freiheitsentziehung zu rechtfertigen, auf dem Nachweis der Gegenwärtigkeit der Gefahr bestehen. Die Unberechenbarkeit allein ist kein Unterbringungsgrund. Der Psychiater kann in den meisten Fällen nur den Verdacht oder die Möglichkeit einer Gefährlichkeit begründen, nicht aber, dass die Gefahr unmittelbar bevorstehe.

Einen praktikablen Ausweg für die gegenseitige Verständigung bietet die Lösung, wie sie in § 11, Abs. 2 des PsychKG NRW befunden wurde. Danach besteht die gegenwärtige Gefahr, wenn sich die Krankheit so auswirkt, dass ein schadensstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht, oder sein Eintritt wegen der Unberechenbarkeit unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.

Es müssen also zu der Unberechenbarkeit weitere Umstände hinzukommen (Göppinger, 57), mögen diese auch längere Zeit zurückliegen. Das frühere Verhalten ist heranzuziehen.

Es wird kritisiert, dass das praktisch wichtige Dringlichkeitsverfahren bei der Unterbringung zu umständlich sei (Ehrhardt, 14; Ehrhardt u. Villinger, 18; Koch, 34, 37). Es sei oft nicht möglich, innerhalb von 48 Stunden zwischen dem notwendigen Schutz des Einzelnen und dem Schutz der Allgemeinheit abzuwägen. Deshalb sei die Fristsetzung beim Dringlichkeitsverfahren reformbedürftig.

Haddenbrock (29) schlägt vor, eine Regelung im Sinne des Gesetzes von Baden-Württemberg zu treffen. Danach muss unverzüglich nach einer Unterbringung eine Mitteilung an das Gericht erfolgen, für das Gutachten ist aber eine Dreitagesfrist gesetzt; der Richter muss spätestens einen Tag nach Gutachteneingang über die Unterbringungszulässigkeit entscheiden.

Franke (23, 26) schlägt vor, dass de lege ferenda nicht mehr der Richter die Unterbringung anzuordnen habe, sondern dass er nur bei einer von der Verwahrungsbehörde oder dem Krankenhaus durchzuführenden Zwangsunterbringung erforderliche Entziehung der Freiheit- oder sonstiger Grundrechte für zulässig zu erklären oder zu genehmigen hat. Diese Fassung würde dem Wortlaut des Art. 104, Abs. 2 GG entsprechen.

Diese Anlehnung an die Regelung in Baden-Württemberg würde dem verfassungsrechtlich gebotenen Freiheitsschutz des kranken oder süchtigen Unterzubringenden ebenso genügen, wie sie es den leitenden Krankenhausärzten kraft Gesetzes freistellen würde, im Rahmen ihrer Behandlungsfreiheit Eingriffe in Freiheit oder sonstige Grundrechte zwangsweise untergebrachter Kranker oder Süchtiger ohne weitere Richterentscheidung wechselnd bis zu bereits richterlich genehmigter Freiheitsentziehung zu dosieren.

Ferner wird bemängelt, dass das von (allen) Ländergesetzen als Ausnahme vorgesehene Dringlichkeitsverfahren mittlerweile zur Regel geworden ist (Heß, 30; Koch, 34; Laasen, 43; Stadlbauer, 65), wobei auf die Anhörung des Betroffenen verzichtet werde (Laasen, 43).

Es würde ärztlicherseits als befriedigend empfunden werden, eine einstweilige Unterbringung zur Beobachtung in Zweifelsfällen gesetzlich zu regeln (Haddenbrock, 29), da etwa innerhalb von maximal 2 bis 3 Monaten sich ein genügend fundiertes Urteil über die Diagnose und gegebenenfalls über Gefährlichkeitsart und -grad des Betroffenen gewinnen ließe.

Ferner wird vorgeschlagen, die vorläufige Unterbringung prozessual von der Verwahrung zu lösen (Graba, 27), vor allem für die Fälle, in denen die Kreisverwaltungsbehörde Voraussetzungen für Unterbringung nicht für erwiesen, sondern nur für wahrscheinlich hält, damit die Kreisverwaltungsbehörde nicht gezwungen ist, mehr zu beantragen (die endgültige Verwahrung), als ihrer Überzeugung entspricht.

Die unterschiedliche Regelung der Postkontrolle wird beklagt. Haddenbrock (29) begrüßt die Anlehnung an PsychKG NRW. Dabei soll dem Untergebrachten ein uneingeschränktes Petitionsrecht zustehen, d.h. volle Freiheit des Briefverkehrs nicht nur mit seinem gesetzlichen Vertreter, seinem Rechtsanwalt und dem Gericht, sondern auch mit den Behörden und Volksvertretungen. Damit wird dem Untergebrachten die Gelegenheit gegeben, sein Anliegen diesen Stellen ganz ungehindert vortragen zu können.

Das im übrigen bestehende Zensur- und Zurückbehaltungsrecht eigener und eingehender Post schützt den Kranken andererseits davor, selbst durch kränkende oder seelisch belastende eingehende Briefe geschädigt zu werden (bzw. durch Verwendung

gefährlichen Paketinhaltes sich oder andere leiblich zu schädigen) und auch davor, durch krankhafte schriftliche Äußerungen nicht nur andere Menschen seelisch zu verletzen, sondern seine eigene soziale Rehabilitation zu erschweren; es ist somit als Ausdruck des Fürsorgegedankens zu sehen.

Bei der Frage der notwendigen gesetzlichen Regelung der Beurlaubung meinen Franke (19) und Baumann (1), dass soweit eine Gefährdung der Öffentlichkeit nicht zu befürchten ist, die Dauer der aus therapeutischen Gründen wünschenswerten Beurlaubung vom Ermessen der behandelnden Ärzte abhängig gemacht werden sollte. Bezüglich der Gemeingefährlichkeit des Patienten solle man sich mit der Prognose der überwiegenden Wahrscheinlichkeit begnügen.

Eine Regelung der Zustellung von Beschlüssen wird befürwortet (Ehrhardt, 11).

Es sei notwendig, die Beschränkung der Antragstellung auf die untere Verwaltungsbehörde aufzuheben (Ehrhardt, 11). In das Verfahren sollen auch die nächsten Angehörigen, der Hausarzt und der Amtsarzt einbezogen werden.

Das Zurückgreifen auf Formulare bei gerichtlichen Beschlüssen, Polizeiverfügungen, bei Anträgen der Verwaltungsbehörden und bei ärztlichen Äußerungen wird kritisiert (Koch, 34, 36). Es fehle oft an Niederschriften von Zeugenaussagen, Zeugenadressen sowie an Schilderungen konkreter Tatsachen, aus denen sich Art und Grad der Gefährdung erkennen lasse.

Für die Entscheidung der Frage, ob eine Krankenhausbehandlung durch Unterbringung durchgeführt werde, sei nicht das Merkmal der Fremd- oder Selbstgefährdung entscheidend, sondern es käme vor allem auf das therapeutische Klima bzw. die Binnenstruktur des Krankenhauses an (Venzlaff, 68; Kullmann, 42).

Das Behandlungsrecht sei ausreichend zu regeln (Ehrhardt 11, 12).

Die richterlich angeordnete Unterbringung sei immer nur der erste Schritt zur Ermöglichung einer gezielten Behandlung. Die Behandlung und Betreuung eines psychisch Kranken ende auch meist nicht mit seiner probeweisen oder endgültigen Entlassung aus dem Krankenhaus. Häufig sei die Entlassung überhaupt nur zu verantworten, wenn z.B. die regelmäßige Einnahme bestimmter Medikamente gesichert ist.

Es fehle aber an geeigneten Bestimmungen für eine wirkungsvolle psychiatrische Nachsorge, die das eigentliche Kernstück einer zeitgemäßen psychiatrischen Behandlung und Rehabilitation ist (zum Problem der Entlassung vgl. Kullmann, 41; Säcker, 58).

Es sei notwendig, die Heilbehandlung während der Unterbringung gesetzlich zu regeln, da nicht in allen Ländern entsprechende gesetzliche Vorschriften existieren (Haddenbrock, 29). Dabei wird Anlehnung an die herrschende juristische Lehre vorgeschlagen: relativ risikolose Heileingriffe sollen als durch die Krankenhausunterbringung

gedeckt angesehen werden, auch wenn sie zwangsweise durchgeführt werden müssen.

Bei etwas riskanteren, aber doch relativ ungefährlichen und die Persönlichkeit höchstens ganz vorübergehend verändernden Eingriffen (etwa Elektroschockbehandlung) sollte die Bestellung eines Behandlungspflegers ausreichend sein.

Bei risikobelasteten Eingriffen (Psychochirurgie, erhebliche Nebenwirkungen von hochpotenten Psychopharmaka) könne nur ein Vormund in der Lage sein, die Verantwortung zu übernehmen (Haddenbrock, 29). Möllhoff unterstreicht in diesem Zusammenhang, dass die Therapie in keinem Fall risikoreicher sein darf als das abzuwendende Übel (52).

2. Problemstellung und Zielsetzung der Arbeit

Als Ausführungsgesetze zu Art. 2, Abs. 2 und Art. 104, Abs. 2 GG haben alle Länder Landesgesetze hinsichtlich der Unterbringung psychisch Kranker und Suchtkranker erlassen, eine bundeseinheitliche Regelung der Materie ist am Widerstand der Länder gescheitert.

Die Unterbringungsgesetze der Länder spiegeln eine Gesetzesvielfalt wider, die von der reinen polizei- und somit sicherheitsrechtlichen Konzeption bis zu Regelungen, in denen der Fürsorgegedanke hervorgehoben wird, reicht.

Dementsprechend fällt die Praxis der Unterbringung unterschiedlich aus. Der gleiche Tatbestand kann in dem einen Bundesland zur zwangsweisen Unterbringung führen, in dem anderen werden die Voraussetzungen als nicht erfüllt gesehen (Schubert, 62). Von daher ist es nicht verwunderlich, wenn die gesamte Rechtslage als fragwürdig bezeichnet wird (Ehrhardt, Villinger, 18).

Der vielfältig geführten Diskussion um die Reform des Unterbringungsrechts mangelt es an empirischen Untersuchungen zur gegenwärtigen Praxis. Dem abzuhelpen ist das eine Ziel der Arbeit. Zum anderen sollen daraus Ansätze für eine Neugestaltung aufgezeigt werden.

Festzuhalten ist, dass die Arbeit zwar im Geltungsbereich des Bayerischen Verwahrungsgesetzes vorgenommen wurde,

die Diskussion und Darstellung der Reformbestrebungen aber nicht unter spezifisch bayerischem Blickwinkel erfolgen soll, sondern grundsätzlich eine umfassende Neugestaltung des Unterbringungsrechts Drogensüchtiger im Auge hat.

Auf Arbeiten von Müller (77), Stiglmaier (78) und Wernitz (79), die Fragen behandeln, die im Rahmen einer (umfassenden) Reform ebenfalls zu behandeln sind, sei hingewiesen.

3. Gegenstand und Methodik der Untersuchung

Insgesamt wurde die Praxis der Unterbringung Drogenabhängiger nach dem Bayerischen Verwahrungsgesetz anhand von 228 Fällen des Jahres 1978 untersucht.

Hiervon entfielen 177 Fälle auf den Amtsgerichtsbezirk München und 51 Fälle auf den Amtsgerichtsbezirk Günzburg.

Im Münchner Kollektiv wurden zur Untersuchung die Amtsgerichtsakten und die Krankenblätter der Betroffenen herangezogen, im Günzburger Kollektiv nur die Amtsgerichtsakten.

Amtsgerichtsbezirk München und Amtsgerichtsbezirk Günzburg wurden ausgesucht, um einen Vergleich Stadt/Land durchzuführen.

Die Untersuchung umfasst alle Fälle der Verwahrung Drogenabhängiger des Jahrganges 1978 in den jeweiligen Amtsgerichtsbezirken. Da es sich somit um Grundgesamtheiten und nicht um Stichprobenerhebung handelt, erübrigt sich bei der statistischen Auswertung die Durchführung der Signifikanztests.

Die statistische Auswertung wurde mit dem Programmpaket SPSS maschinell durchgeführt.

Zum Vergleich der Sozialdaten wurden öffentliche Statistiken herangezogen.

4. Ergebnisse

4.1. Daten zu Ablauf und Inhalt des Verfahrens

4.1.1. Einleitung des Verfahrens

Vorauszuschicken ist, dass das untersuchte Gesamtkollektiv nur Fälle der "eiligen vorläufigen Unterbringung" gemäß Art. 5, Abs. 2 i.V.m. Art. 4, Abs. 6 Bay.Verw.G zum Gegenstand hatte. Die gesetzlich vorgesehenen Alternativen (s. Einleitung) kamen im untersuchten Zeitraum (1978) weder im Münchner, noch im Günzburger Amtsgerichtsbezirk vor.

Tab. 1

Einleitung des Verfahrens (Münchner und Günzburger Kollektiv)

	München	Günzburg
Familie des Patienten	15.8%	15.7%
Nachbarn des Patienten	31.1%	41.2%
Arbeitgeber des Patienten	2.3%	-
Arzt	27.7%	21.6%
Passanten	14.1%	5.9%
Patient selbst	1.7%	2.0%
Patient wurde durch die Polizei aufgegriffen	6.2%	13.7%
keine Angabe	1.1%	-
	100 %	100 %
	n = 177	n = 51

Im Günzburger Kollektiv ist sowohl die Benachrichtigung der Polizei durch die Nachbarn, als auch das Aufgreifen des Patienten durch die Polizei gegenüber dem Münchner Kollektiv erhöht. Im Münchner Kollektiv ist die Einleitung des Verfahrens durch einen Arzt und die Benachrichtigung der Polizei durch Passanten erhöht.

Tab. 2

Personen, die das Verfahren einleiten, vs. Einweisungsdiagnosen
(Münchener Kollektiv s. Kap. 4.2.1. Auswahl diagnosen)

	Alk	Med	Psy
Familie des Patienten	16.7%	5.3%	33.3%
Nachbarn des Patienten	32.0%	21.1%	50.0%
Arbeitgeber des Patienten	2.7%	-	-
Arzt	24.7%	57.9%	16.7%
Passanten	14.7%	15.8%	-
Patient selbst	2.0%	-	-
Patient wurde durch die Polizei aufgegriffen	7.3%	-	-
	100 %	100 %	100 %
	n = 150	n = 19	n = 6

Personen vs. Einweisungsdiagnosen (Günzburger Kollektiv)

	Alk	Med	Psy
Familie des Patienten	15.6%	50.0%	-
Nachbarn des Patienten	40.0%	-	75.0%
Arbeitgeber des Patienten	-	-	-
Arzt	22.2%	50.0%	-
Passanten	6.7%	-	-
Patient selbst	2.2%	-	-
Patient wurde durch die Polizei aufgegriffen	13.3%	-	25.0%
	100 %	100 %	100 %
	n = 45	n = 2	n = 4

Alk = Alkoholismusgruppe, einschl. Alkoholpsychosen

Med = Gruppe mit Medikamentenabhängigkeit, einschl. Intoxikation

Psy = psychiatrische Diagnosen (s. Kap. 4.2.1.)

Tab. 2 zeigt, dass das Verfahren durch einen Arzt besonders häufig bei Medikamentenabhängigkeit eingeleitet wird. Diese Gruppe macht jedoch nur 3.6% des Günzburger, aber 10.7% des Münchner Kollektivs aus. Damit wird der Unterschied in der Einleitung des Verfahrens durch den Arzt in 27.7% zu 21.6% in Günzburg (Tab. 1) erklärlich.

Die anderen Unterschiede bleiben bestehen. Die Differenz Nachbarn - Passanten ist auf einen Verschiebeeffekt zurückzuführen. In der Sozialstruktur eines kleinstädtischen bis ländlichen Gebietes gelten Passanten eher als Nachbarn.

Der Unterschied in der Einweisung durch die Polizei ist in der besseren Überschaubarkeit eines Gebietes mit ländlichem Charakter zu suchen. Auch lokale Gewohnheiten der Polizei können eine Rolle spielen. Abschliessend sei hervorgehoben, dass bei Drogenabhängigkeit in beiden Kollektiven Nachbarn vor Arzt und Familie das Verfahren der eiligen vorläufigen Verwahrung in Gang setzen.

4.1.2. Aufnahmeklinik

Aufnahmeklinik im Amtsgerichtsbereich München ist zu 99% das Bezirkskrankenhaus Haar (nur 2 von 177 Patienten werden in der Universitätsnervenklinik vorläufig verwahrt), und in Günzburg ausnahmslos das Bezirkskrankenhaus. Eine Erklärung hierfür ist in dem Umstand zu sehen, dass es primär in die Zuständigkeit des Bezirkskrankenhauses fällt, polizeiliche Einweisungen zur vorläufigen "eiligen" Unterbringung aufzunehmen.

Es wird aber unterstellt, dass die Universitätsnervenklinik auch Patienten behandelt, bei denen Voraussetzungen zur "eiligen" vorläufigen Unterbringung vorliegen. Für den niedrigen Prozentsatz (1%) kommen zwei Erklärungen in Betracht:

1. Alle Patienten, bei denen die Verwahrungsvoraussetzungen vorliegen, werden in das Bezirkskrankenhaus weitergeleitet oder
2. Es wird die Möglichkeit der (zwangsweisen) eiligen vorläufigen Unterbringung zugunsten einer anderen Vorgehensweise (etwa freiwilliger Verbleib in der Klinik) verlassen.

Die erste Alternative ist durch die Durchsicht der Amtsgerichts- und Krankenhausakten ausgeschlossen, da nur 2.3% (4) der Einweisungen in Haar über die Universitätsnervenklinik gingen.

4.1.3. Beschluß der vorläufigen Verwahrung

Tab. 3

Beschluß	München	Günzburg
vorläufige Verwahrung ausgesprochen (nach Art. 4, Abs. 6 Bay.Verw.G)	98.9%	39.2%
vorläufige Verwahrung abgelehnt	1.2%	60.8%
	100 %	100 %
	n = 177	n = 51

Hinsichtlich der Verwahrung der eingewiesenen Fälle durch amtsgerichtlichen Beschluß fällt auf, dass in München 99%, hingegen in Günzburg nur 39% der Eingewiesenen verwahrt werden.

Tab. 4

Folgende Gründe sind für das Nichtzustandekommen der
Verwahrung im Günzburger Kollektiv verantwortlich

Patient bleibt freiwillig in der Klinik	29.0%	
wird sofort entlassen (keine Voraussetzungen zur vorläufigen Verwahrung ärztlicherseits)	12.9%	} 64.5%
es bestehen keine Voraussetzungen für eine vorläufige Verwahrung (richterlicherseits)	51.6%	
keine Angabe (wahrscheinlich auch sofortige Entlassungen)	6.5%	
	100 %	
	n = 31	

Als Grund für den Unterschied ist das grundsätzlich verschieden
ausgestaltete Beschlußverfahren an den beiden Amtsgerichten
zu nennen.

In München ergeht der Beschluß aufgrund eines formblattmässigen
Berichtes des Arztes und der Polizei, bzw. aufgrund einer tele-
fonischen Rücksprache des Richters mit dem Arzt. Insbesondere
findet keine mündliche Verhandlung mit dem Betroffenen statt,
rechtliches Gehör wird dem Betroffenen vor der Beschlußfassung
nicht gewährt.

In Günzburg wird grundsätzlich vor der Beschlußfassung ein
Termin mit dem Patienten anberaumt. Hierbei werden 17.6% (9), n=51,
der zur vorläufigen Verwahrung eingewiesenen Patienten von
einem freiwilligen Verbleib in der Klinik überzeugt. 39.2% (20)
n = 51, werden vorläufig verwahrt, sodass insgesamt von den

Eingewiesenen 56.9% in der Klinik verbleiben. Die restlichen 43.1% (22), n = 51, werden entlassen, weil richterlicherseits Verwahrungsvoraussetzungen verneint werden.

In München werden alle von der Polizei Eingewiesenen von den Ärzten als verwahrungswürdig angesehen und das Beschlußverfahren fortgetrieben.

Die Art der Erkrankung kann durch die Beschränkung der Auswahl auf Drogenabhängigkeit nicht zur Begründung des Unterschiedes herangezogen werden, vielmehr muss angenommen werden, dass das Verfahren in Günzburg nicht in einem mechanistischen Schema mit automatisiertem Ablauf erstarrt, sondern die gesetzlich eingeräumten Einwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten auf den Einzelfall bezogen wahrgenommen werden.

Als Zwischenergebnis lässt sich somit festhalten, dass dem Termin mit dem Betroffenen eine erhebliche Schutzfunktion zuzuweisen ist. Angesichts des hohen Ranges der persönlichen Freiheit scheint die gesetzliche Verankerung eines mündlichen Termines mit dem Betroffenen vor der Beschlußfassung unter rechtsstaatlichem Gesichtspunkt geboten, mag auch die Gewährung des rechtlichen Gehörs erst im Beschwerdeverfahren (so in München) formell den Anforderungen des Art. 3, Abs. 1 GG, Art. 91, Abs. 1 BV genügen (vgl. Bay.OblG, 95). An den Vergleichszahlen wird deutlich, dass innerhalb eines rechtsstaatlich einwandfreien Rahmens (rechtliches Gehör erst in der Beschwerdeinstanz) die Ausgestaltung des Verfahrens in verschieden hohem Ausmaße der Kontrollfunktion gerecht wird. In

München wird nur in 2 Fällen (n = 177) die Unterbringung wegen mangelnder Voraussetzungen durch den Richter abgelehnt, in Günzburg hingegen in mindestens 16 Fällen (n = 51).

Dass die differierenden Verwahrungsdaten nicht mit einem unterschiedlich grossen Arbeitsanfall der Gerichte zu erklären sind, wird aus dem Umstand deutlich, dass in München für die 177 vorläufigen "eiligen" Unterbringungen 6 Richter zuständig waren - also ca. 30 Fälle auf einen Richter kamen - in Günzburg hingegen alle 51 Fälle von einem Richter bearbeitet wurden.

4.1.4. Stadt - Kreis - Vergleich

Für eine Wohnbevölkerung von insgesamt 1.272.301 ist das Amtsgericht München zuständig, wobei auf München-Stadt 1.088.662 und auf München-Kreis 183.639 entfallen.

Das Amtsgericht Günzburg ist für insgesamt 78.211 Personen zuständig (beide Angaben Stand 31.12.1978).

Bei einem Stadt - Kreis - Vergleich bzw. Stadt - Land - Vergleich fällt folgendes auf:

75.1% der am Amtsgericht München vorläufig Untergebrachten gehörten zur Wohnbevölkerung der Stadt München, 10.2% zum Kreis München. So sind insgesamt 85.3% der einem Verwahrungsverfahren am Amtsgericht München unterworfenen Personen (n = 177) zur Wohnbevölkerung des Amtsgerichtsbezirks zu zählen. 6.2% der vorläufig Verwahrten waren ohne festen Wohnsitz. 7.3% gehörten nicht zur Wohnbevölkerung des

Amtsgerichtsbezirks, waren aber Patienten des Bezirks-
krankenhauses Haar, das wiederum im Amtsgerichtsbezirk
liegt. 1.1% waren ohne Angabe.

Zum statistischen Vergleich mit der Normalbevölkerung kann
jedoch nur der Anteil der Wohnbevölkerung des Amtsgerichts-
bezirks herangezogen werden:

Tab. 5

vorläufig Verwahrte, die ihren Wohnsitz in München-Stadt hatten	88.1% (85.6%)
vorläufig Verwahrte, die ihren Wohnsitz in München-Kreis hatten	11.9% (14.4%)
	100 %
	n = 151

in (): Wohnbevölkerung im Amtsgerichtsbezirk München-Stadt
bzw. -Kreis.

Aus dem Günzkreis stammten nur der ins Bezirkskrankenhaus Günzburg zur vorläufigen Verwahrung Eingewiesenen (n = 51).	35.3%
--	-------

Im Stadt-Land - Vergleich München fällt auf, dass der Anteil
der vorläufig Verwahrten eines Jahres mit Wohnsitz in einem
ländlichen Gebiet nur geringgradig kleiner ist als der
prozentuale Anteil der Wohnbevölkerung des gleichen Gebietes
an der gesamten Wohnbevölkerung des Amtsgerichtsbezirks.

Wird dazu der Anteil der wegen Drogenmißbrauchs zur vorläufigen Unterbringung Eingewiesenen an der Wohnbevölkerung der entsprechenden Gebiete herangezogen:

Tab. 6

Einweisungsziffer und Verwahrungsziffer

Wohnbevölkerung München-Stadt	1.088.662	Einweisungen/ 100.000 Einwohner = vorläufige Verwahrungen/100.000	12.2
Wohnbevölkerung München-Land	183.639	Einweisungen/ 100.000 Einwohner = vorläufige Verwahrungen/100.000	9.8
Wohnbevölkerung Günzkreis	78.211	Einweisungen/ 100.000 Einwohner	23.0
Wohnbevölkerung Günzkreis	78.211	vorläufige Ver- wahrungen/ 100.000 Einwohner	6.4

so werden an diesen Daten Differenzen deutlich in Bezug auf die Verwahrungshäufigkeit zwischen Stadt und Land, in Bezug auf die Einweisungen und die tatsächlich durchgeführten Unterbringungen und in Bezug auf die Einweisungshäufigkeit zweier Amtsgerichtsbezirke.

Darüberhinaus wird deutlich, dass eine ländliche Bevölkerung bezüglich des Drogenmißbrauchs nicht in dem Maße gefährdet ist wie die Großstadtbevölkerung.

Unterschiedliche Vorgehensweise der Polizei Drogenabhängigen gegenüber bzw. eine stärkere soziale Kontrolle im Kreis Günzburg sind als Erklärung für die unterschiedliche Einweisungshäufigkeit heranzuziehen.

Die Differenz in der Verwahrungshäufigkeit zwischen München-Land und Günzburg-Kreis (zweier ländlicher Gebiete also) ist vor allem auf die unterschiedliche Vorgehensweise der Amtsrichter (s.o.) zurückzuführen.

4.1.5. Dauer bis zum Verwahrungsbeschluß

Tab. 7

Zeit von der Einlieferung in ein psychiatrisches Krankenhaus bis zum Richterbeschluß

	München	Günzburg
24 Stunden	90.4%	90.2%
48 Stunden	2.8%	5.9%
72 Stunden	1.1%	-
96 Stunden	4.0%	2.0%
über 96 Stunden	-	2.0%
keine Angabe	1.7%	-
	100 %	100 %
	n = 177	n = 51

Nach Art. 104, Abs. 2 GG, der die Rechtsgarantien bei Freiheitsentziehung behandelt, hat eine richterliche Entscheidung unverzüglich, spätestens aber nach 48 Stunden vorzuliegen.

5.1% des Münchner und 4% des Günzburger Kollektivs werden länger als 48 Stunden ohne richterliche Entscheidung festgehalten.

4.1.6. Beschwerden gegen Unterbringungsbeschluß

9.6% der einem Verwahrungsverfahren Unterworfenen reichen Beschwerde gegen den Verwahrungsbeschluß am Landgericht ein (Münchner Kollektiv n = 177). 29.4% dieser Beschwerden wird stattgegeben, 64.7% werden abgewiesen, eine Beschwerde wird durch die bereits erfolgte Entlassung des Patienten als hinfällig angesehen (n = 17). Auffällig erscheint, dass 5 Beschwerden wegen Unzulässigkeit aufgrund Überschreitung der Beschwerdefrist abgewiesen werden, das sind 29.4% der eingereichten (n = 17) und 45.6% der abgewiesenen Beschwerden (n = 11).

Im Günzburger Kollektiv reichten 5.9% der Fälle (3 aus n = 51) Beschwerde ein. Zwei dieser Beschwerden wurden abgewiesen.

Hinsichtlich der Beschwerdehäufigkeit bestehen keine nennenswerten Unterschiede zwischen dem Münchner und dem Günzburger Kollektiv. Der niedrige Prozentsatz der Beschwerden am Günzburger Amtsgericht ist erklärbar durch die Tatsache, dass jeder Patient hier dem Verwahrungsrichter bereits vorgestellt wurde. Auffällig erscheint hingegen der niedrige Prozentsatz an Beschwerden am Münchner Amtsgericht, werden doch in München 98.2% der Eingewiesenen auch durch Beschluß verwahrt, ohne dem Betroffenen hierbei eine Möglichkeit zur eigenen Stellungnahme (rechtliches Gehör) zu geben.

Unterstellt man, dass in München eine dem Günstburger Kollektiv vergleichbare Anzahl (43.1%) von Eingewiesenen wegen mangelnder tatsächlicher Grundlage nicht zu verwahren ist, so scheinen gerade auch diese Personen von der Beschwerdemöglichkeit keinen Gebrauch zu machen. Folgende Erklärungsmöglichkeiten bieten sich an:

1. Die eingewiesenen Patienten nehmen die Entscheidung hin
2. Die Beschwerdemöglichkeit ist den Eingewiesenen nicht bekannt
3. Die Eingewiesenen sind nicht in der Lage, von der Beschwerdemöglichkeit in adäquater Weise Gebrauch zu machen.

Darauf scheint der Umstand hinzuweisen, dass 50% der Beschwerden wegen Unzulässigkeit aufgrund von Beschwerdefristüberschreitung abgewiesen wurden.

Somit ist in diesem Zusammenhang auch die Frage zu stellen, inwieweit verfahrensmässig die Rechte des Eingewiesenen sinnvollerweise geschützt und wahrgenommen werden können. Die erste Möglichkeit wurde mit der Anberaumung eines mündlichen Termines vor der Beschlußfassung bereits angedeutet. Als zweiter Schritt böte sich die Beiordnung eines Rechtsanwaltes zur sachgerechten Wahrnehmung der Interessen des Betroffenen an.

4.1.7. Der Begriff der Gefährlichkeit

Tab. 8

	München	Günzburg
gemeingefährlich	18.6%	19.6%
selbstgefährlich	50.8%	33.3%
gemein- und selbstgefährlich	28.2%	25.5%
keine Angabe	2.3%	21.6%
	100 %	100 %
	n = 177	n = 51

also waren:

gemeingefährlich	46.9%	45.1%
selbstgefährlich	79.1%	58.8%
	126.0%	103.9%
	n = 177	n = 51

(über 100%, weil Zweifachnennungen enthalten).

In der Einschätzung der Patienten als gemein- oder gemein- und selbstgefährlich bestehen zwischen den beiden Kollektiven keine Unterschiede, hingegen besteht in der Gruppe der Selbstgefährdeten ein Unterschied von fast 20%. Bei 21.6% (Gruppe ohne Angabe) lag wohl keine Gefährdung im Sinne des Gesetzes vor, jedenfalls wurde bei keinem dieser Patienten eine vorläufige Unterbringung ausgesprochen, im Gegensatz zur Gruppe ohne Angabe im Münchner Kollektiv; hier wurden zwei der vier Patienten verwahrt (einer stand unter Aufenthaltspflegschaft, einer wurde ohne Verwahrungsvoraussetzung entlassen). Aber auch die Einstufung eines

Patienten als gemein- oder selbstgefährlich ist am Günzburger Amtsgericht - im Gegensatz zum Münchner Amtsgericht - nicht immer als Grund für eine vorläufige Verwahrung ausreichend. Zusätzlich wird im Günzburger Kollektiv auf den Grad der Gefährdung abgestellt. Dies entspricht der geltenden Rechtsauffassung. Danach ist die Freiheit der Person ein so gewichtiges Rechtsgut, dass sie nur aus besonderen Gründen eingeschränkt werden darf. Auch wird der im Rechtsstaatsprinzip wurzelnde Grundsatz der Verhältnismäßigkeit verletzt, wenn dem Gefährdeten die Freiheit entzogen wird, obwohl er weder eine strafbare Handlung begangen, noch durch sein Verhalten die allgemeine Ordnung empfindlich gestört hat (BVerfG, 85). Gerade der Grundsatz der Verhältnismäßigkeit gebietet es dem Richter, sich mit dem konkreten Grad der Gefährdung auseinanderzusetzen.

Darüberhinaus ist das zum Zeitpunkt der Beschlußfassung geltende Verwahrungsgesetz (69) als reines Sicherheitsgesetz aufzufassen (Stanglmeier, 66), dem Fürsorgegedanken fremd sind. Deshalb ist für gesetzesgerechte Tatbestands-subsumption des Begriffes der "Selbstgefährdung" als Verwahrungsvoraussetzung nicht ausreichend, lediglich zu untersuchen, ob jemand geisteskrank, geistesschwach oder süchtig ist. Eine derartige Auslegung, die schon die Geisteskrankheit oder Sucht als solche als Bedrohung der öffentlichen Sicherheit oder Ordnung begreifen würde, würde die zusätzliche Rechtsvoraussetzung der polizeilichen

Gefahr illusorisch machen (Baumann, 2). Auch hier genügt nicht eine ganz vage Möglichkeit der Selbstbeschädigung, sondern es kommt ganz entscheidend auf die Wahrscheinlichkeit dieser Selbstschädigung an.

Allgemein ist zu den Beschlüssen zu sagen, dass im Münchner Kollektiv die konkrete Einzelfallwürdigung kaum stattfand, sondern die juristische Würdigung sich grösstenteils in der leerformelhaften Wiederholung des Gesetzestextes erschöpfte.

4.1.8. Die Begriffe Geisteskrankheit, Geistesschwäche, Alkoholsucht

(hier waren nur Daten zum Münchner Kollektiv zu erhalten)

Tab. 9

Geisteskrankheit	10.7%
Geistesschwäche	71.2%
Alkoholsucht	2.8%
keine Angabe	<u>15.3%</u>
	100 %
	n = 177

Der Terminus "Alkoholsucht" scheint ungebräuchlich zu sein, da 75.1% der am Münchner Amtsgericht vorläufig Verwehrten als gewohnheitsmäßige bis chronische Alkoholiker diagnostiziert waren, ohne dass aber auf dem Formblatt

"Alkoholsucht" angekreuzt worden wäre. Vielmehr wurden sie unter die Rubrik "Geisteskrankheit, Geistesschwäche" subsumiert.

Insoweit haben die berichterstattenden Ärzte nicht den medizinischen Begriff der Geisteskrankheit angewandt, sondern auf den juristischen Begriff zurückgegriffen.

Für den juristischen Begriff der Geisteskrankheit (vgl. Einleitung) ist der medizinische Begriff der Geisteskrankheit unerheblich (BGHZ, 88). Er umfasst jede krankhafte geistige Abartigkeit irgendwelcher Art ohne Rücksicht auf die medizinische Bezeichnung oder Einordnung, er umfasst alle Störungen der Verstandestätigkeit, des Gefühls-, Willens- und Trieblebens, welche die im normal entwickelten Menschen vorhandenen Vorstellungen und Gefühle erheblich beeinträchtigen, also auch psychopathische Störungen mit Krankheitswert, ebenfalls die Oligophrenie und die Idiotie als höchsten Schwachsinnsgrad (Saage-Göppinger, 57). Der Jurist muss den Begriff der Geisteskrankheit wie jeden Rechtsbegriff im Gesamtzusammenhang des Normgefüges sehen, in dem der Begriff steht. Er muss den Begriff der Geisteskrankheit im Blick auf die Möglichkeit einer Verwahrung, mithin teleologisch, auslegen. Konkret muss der Verwahrungsrichter demnach nicht nach der medizinischen Einordnung der als solchen erkannten Störung, sondern danach fragen und seine Ermittlungen darauf konzentrieren, ob die Störung in ihrer Auswirkung, nämlich der Selbstgefährlichkeit, einer Geisteskrankheit gleichkommt,

das heisst also, ob die Störung zu einer erheblichen Beeinträchtigung der Vorstellungen und Gefühle geführt hat (Palder, 54).

Eine Anlehnung des Berichtes an das erweiterte AMDP System mit einer definierten Gradeinteilung "Psychische Beeinträchtigung Grad 1, 2 oder 3" erscheint sinnvoll, um dem Richter den psychischen Status des Patienten bei der Aufnahme objektiver zu kennzeichnen.

Zum einen hat der Richter von dem juristischen Begriff der Geisteskrankheit bzw. der Geistesschwäche auszugehen, der weiter ist als der medizinische. Macht sich aber der Mediziner den juristischen Begriff der Geisteskrankheit bzw. Geistesschwäche zu eigen, so wird er in einem Bereich tätig, der zu den primären Aufgaben eines Richters gehört: dem der Subsumption eines Lebenssachverhaltes unter eine juristische Norm. Durch das Ankreuzen der Rubrik "Geisteskrank", "Geistesschwach" wird der Richter seiner eigenen Urteilsbildung nicht enthoben. Er kann und darf nicht die Formeln übernehmen, sondern er hat den ihm zu unterbreitenden Sachverhalt rechtlich zu würdigen und schlußendlich in Eigenverantwortung darüber zu entscheiden, ob eine Geisteskrankheit bzw. Geistesschwäche bzw. Alkoholsucht im Sinne des Gesetzes vorliegt.

Tab. 10

Einweisungsdiagnosen (München) vs. Geisteskrankheit,
Geistesschwäche, Alkoholsucht

	AP	EP	CH	MO	nMed	tMed	Psy
Geistes- krankheit	17.2%	-	10.0%	-	20.0%	-	33.3%
Geistes- schwäche	82.8%	100.0%	85.0%	100.0%	80.0%	100.0%	66.7%
Alkohol- sucht	-	-	5.0%	-	-	-	-
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	n = 29	n = 1	n = 100	n = 1	n = 15	n = 1	n = 3

Tab. 11

Entlassungsdiagnosen (München) vs. Geisteskrankheit,
Geistesschwäche, Alkoholsucht

	AP	EP	CH	MO	BA	aMed	nMed	Psy
Geistes- krankheit	30.0%	28.6%	8.0%	-	-	100.0%	-	10.0%
Geistes- schwäche	70.0%	42.9%	88.5%	100.0%	100.0%	-	100.0%	90.0%
Alkohol- sucht	-	28.6%	3.4%	-	-	-	-	-
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	n = 20	n = 7	n = 87	n = 6	n = 5	n = 2	n = 3	n = 20

AP = Alkoholpsychose (ICD 291)

EP = episodischer Alkoholmißbrauch (ICD 303.0)

CH = gewohnheitsmäßiger bis chronischer Alkoholmißbrauch
(ICD 303.1/2)

MO = Medikamentenabhängigkeit vom Morphintyp (ICD 304.0/1)

BA = Medikamentenabhängigkeit vom Barbiturattyp (ICD 304.2/3)

aMed = Abhängigkeit von anderen Medikamenten (ICD 304.4-8)

nMed = Abhängigkeit von nicht bezeichneten Medikamenten (ICD 304.)

tMed = Medikamentenintoxikation (ICD 294.3/309.1)

Psy = psychiatrische Diagnose (s. Kap. 4.2.1.)

Bei Betrachtung der in der Tab. 10 erfassten Parameter episodischer und gewohnheitsmässiger bis chronischer Alkoholmißbrauch zeigt sich, dass die Aufteilung zwischen Geisteskrankheit und Geistesschwäche von den aufnehmenden Ärzten nicht nach einheitlichen Kriterien vorgenommen wurde. Denn keine der Möglichkeiten (etwa dergestalt, dass episodischer Alkoholmißbrauch der Geistesschwäche, gewohnheitsmässiger bis chronischer Alkoholmißbrauch der Geisteskrankheit, episodischer bis gewohnheitsmässiger der Geistesschwäche oder chronischer Alkoholmißbrauch der Geisteskrankheit gleichgestellt würde) wurde einheitlich angewandt.

Somit wird deutlich, dass eine Verständigung zwischen Juristen und Medizinern durch den unterschiedlichen Umfang des medizinischen und juristischen Krankheitsbegriffes erschwert wird. Zu diskutieren ist daher die Frage, in wie weit bei einer gesetzlichen Neugestaltung auf medizinische Begriffe zurückgegriffen werden kann.

4.1.9. Der Begriff der Verständigung

(konnte nur in München erhoben werden, da oft nur aus Krankenakten ersichtlich)

Tab. 12

Verständigung mit dem Patienten möglich	40.7%	(52.6%)
Verständigung nicht möglich	36.7%	(47.4%)
keine Angabe	22.6%	
	100 %	100 %
	n = 177	n = 137

in (): Kollektiv von Patienten, bei denen eine Angabe zu diesem Punkt erhoben werden konnte.

Tab. 13

Staatsangehörigkeit vs. Verständigung möglich bzw. nicht möglich

	deutsch	nichtdeutsch
Verständigung möglich	51.2%	66.7%
Verständigung nicht möglich	48.8%	33.3%
	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>
	n = 125	n = 12

Tab. 14

Entlassungsdiagnosen vs. Verständigung möglich bzw. nicht möglich

	AP	EP	CH	Med	Psy
Verständigung möglich	36.8%	57.1%	55.8%	57.1%	50.0%
Verständigung nicht möglich	63.2%	42.9%	44.2%	42.9%	50.0%
	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>	<u>100 %</u>
	n = 19	n = 7	n = 77	n = 14	n = 20

AP = Alkoholpsychose (ICD 291)

EP = episodischer Alkoholmißbrauch (ICD 303.0)

CH = gewohnheitsmäßiger bis chronischer Alkoholmißbrauch (ICD 303.1/2)

Med = Medikamentenabhängigkeit (ICD 304/294.3/309.1)

Psy = psychiatrische Diagnose (s. Kap. 4.2.1.)

Erwähnenswert ist die hohe Fallzahl ohne Angabe, der vergleichsweise niedrige Prozentsatz der Ausländer und die Rangfolge bei den Entlassungsdiagnosen. Die Verständigung ist nicht möglich am häufigsten bei Alkoholpsychosen. Dann

folgen psychiatrische Erkrankungen vor gewohnheitsmäßigem bis chronischem Alkoholabusus. Das Schlußlicht bilden Medikamentenabhängigkeit und episodischer Alkoholabusus.

Die Frage nach der Verständigung wird formblattmässig nur in der Krankenakte erfasst. Für den Richter liefert sie keine Entscheidungshilfe, da insoweit nur die Beschreibung des psychischen Status relevant ist. Mithin ist die Erfassung dieses Parameters funktionslos und somit überflüssig. In der Diskussion wird darauf einzugehen sein, in wieweit die geltende Fristenregelung bis zur Beschlußfassung (48 Stunden, vgl. Art. 104, Abs. 2 GG) eine sachgerechte Beurteilung des Patienten durch den Arzt bzw. Richter ermöglicht, beträgt doch der Prozentsatz der Patienten, bei denen die Verständigung nicht möglich ist, 47.4% (vgl. Tab. 12).

4.1.10. Dauer des Aufenthaltes in der Klinik

Tab. 15

	München		Günzburg	
1 - 4 Tage	10.7%	} 19.7	52.9%	} 60.7
5 - 7 Tage	9.0%		7.8%	
- 2 Wochen	15.8%	} 40.6	5.9%	
- 3 Wochen	14.1%		-	
- 1 Monat	10.7%		-	
- 2 Monate	15.3%		7.8%	
- 3 Monate	14.7%		13.7%	
über 3 Monate	8.5%		-	
nicht entlassen	0.6%		-	
keine Angabe	0.6%		11.8% ^{x)}	
	100 %		100 %	
	n = 177		n = 51	

^{x)} es handelt sich um freiwillig in der Klinik verbliebene Patienten

In München werden 20% der Patienten innerhalb der ersten Woche entlassen. In Günzburg sind es 61%. Dabei ist anzumerken, dass in diesem Prozentsatz bereits 43,1% der Patienten enthalten sind, die weder verwahrt werden, noch aus anderen Gründen in der Klinik verbleiben, die also umgehend entlassen wurden (vgl. Kap. 4.1.3.). Der verbleibende prozentuale Anteil (18%) der tatsächlich Verwahrten, der innerhalb der ersten Woche entlassen wurde, entspricht in etwa dem Münchner Prozentsatz.

60% der Münchner Patienten ist Ende des ersten Monats entlassen.

Der Prozentsatz der Patienten, die im dritten Monat entlassen werden, entspricht sich in beiden Kollektiven (14.7% : 13.7% in Günzburg).

8.5% der Münchner Patienten verbleiben länger als drei Monate in der Klinik. Dieser Prozentsatz setzt sich aus Patienten zusammen, die noch während der Verwahrung entmündigt wurden (1.1% (2)) oder anschliessend an die Verwahrung die Behandlung freiwillig fortsetzten (7.9% (14)). In Günzburg wurden die Patienten spätestens mit Beendigung der Dreimonatsfrist entlassen.

Zu überlegen ist in diesem Zusammenhang, wie die Belange eines Verwahrten im Rahmen eines praktikablen Verfahrens wahrgenommen werden können. Denn offensichtlich hängt die Verwahrungsdauer von der Zufälligkeit der geographischen Lage des Bezirkskrankenhauses ab. Dies ist angesichts des hohen verfassungsrechtlichen Ranges der persönlichen Freiheit nicht hinzunehmen. Festzustellen ist, dass richterlicherseits die Kontrollfunktion nicht in dem Maße wahrgenommen wird, wie dies von obergerichtlicher Rechtssprechung gefordert wird (vgl. LG München, 96).

Sämtliche ergangenen Beschlüsse, sowohl in München als auch in Günzburg, ordneten die Verwahrung auf die Dauer von drei Monaten an. Eine kürzere Anordnung konnte nicht beobachtet werden.

Die hohe Bedeutung des Grundrechtes in Art. 2, Abs. 2, Satz 2 GG, das durch Art. 104, Abs. 2, Satz 1 und 2 GG (vgl. Maunz-Dürig, 48), erfordert eine genaue Prüfung der Frage, wie lange bei dem einzelnen Betroffenen eine Beschränkung seiner persönlichen Freiheit im Interesse der öffentlichen Sicherheit und Ordnung notwendig ist.

Durch die Formulierung des Art. 4, Abs. 6, S. 1 des Bayer. Verwahrungsgesetzes kommt zum Ausdruck, dass das Gesetz nicht von einer grundsätzlich dreimonatigen Verwahrungsfrist ausgeht, sondern dies als Höchstmaß für Fälle vorsieht, deren Klärung in tatsächlicher und medizinischer Hinsicht besonders schwierig und zeitraubend ist (vgl. LG, a.a.O.), mithin eine kürzere Unterbringungsanordnung zulässig und vielfach auch ausreichend sein wird. Das Gericht hat erforderlichenfalls die Möglichkeit, die Unterbringung auf insgesamt drei Monate zu verlängern. Die Praxis hat wohl aus Praktikabilitätsgründen die Ausnahme zur Regel gemacht.

Dass die Patientenposition schutzbedürftig ist, zeigt noch folgende Überlegung im Rahmen einer willkürlich angenommenen Fallkonstellation:

Der Patient wird aufgrund richterlichen Beschlusses auf die Dauer von 3 Monaten verwahrt. Unterstellt, während der Beschwerdefrist liegen die Voraussetzungen für die Verwahrung vor (mit der Folge, dass eine etwaige Beschwerde als unbegründet abzuweisen wäre), nach Ablauf dieser Frist aber nicht mehr. Jetzt ist aber die Beschwerde wegen

Fristüberschreitung unzulässig. Somit müsste als unbefriedigendes Zwischenergebnis festgehalten werden, dass der Patient, obwohl die Voraussetzungen für die Verwahrung nicht mehr vorliegen, aufgrund des richterlichen Beschlusses weiterhin verwahrt wird, solange der behandelnde Arzt der (unterstellt irrigen) Ansicht ist, der Patient sei aufgrund seines Zustandes zu verwahren und die Betreibung der Entlassung des Patienten unterlässt. Über die Freiheitsentziehung hat aber der Richter zu befinden. Dazu ist nur er aufgerufen und nicht der Arzt.

Folgende Lösungen bieten sich an:

1. Kurzfristigere Staffelung der Verwahrungsdauer mit der Folge, dass nach Ablauf der Frist ein neuer Beschluss zu fassen ist mit einer neuen Ingangsetzung der Beschwerdefrist.
2. Dem Verwahrten für die Dauer der Verwahrung unbefristet eine Beschwerdemöglichkeit einzuräumen.

Tab. 16

Entlassungsdiagnosen (München) vs. Dauer des Klinikaufenthalts

	AP	EP	CH	Med	Psy
1 - 4 Tage	18.5%	28.6%	3.2%	10.0%	25.9%
5 - 7 Tage	7.4%	-	10.5%	10.0%	7.4%
- 2 Wochen	18.5%	42.9%	10.5%	15.0%	25.9%
- 3 Wochen	18.5%	14.3%	14.7%	15.0%	7.4%
- 1 Monat	7.4%	14.3%	8.4%	15.0%	18.5%
- 2 Monate	3.7%	-	22.1%	15.0%	7.4%
- 3 Monate	18.5%	-	16.8%	15.0%	7.4%
über 3 Monate	7.4%	-	12.6%	5.0%	-
nicht entlassen	-	-	1.1%	-	-
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	n = 27	n = 7	n = 95	n = 20	n = 27

AP = Alkoholpsychose (ICD 291)

EP = episodischer Alkoholmißbrauch (ICD 303.0)

CH = gewohnheitsmäßiger bis chronischer Alkoholmißbrauch
(ICD 303.1/2)

Med = Medikamentenabhängigkeit (ICD 304/294.3/309.1)

Psy = psychiatrische Diagnosen (s. Kap. 4.2.1.)

Tab. 17

Beruf des Patienten vs. Dauer des Klinikaufenthalts

(Münchener Kollektiv)

Beruf	- 1 Woche	8 Tage bis zu 1 Monat	30 Tage bis zu 3 Monaten	über 3 Monate
Schüler und Studenten	33.3%	55.5%	11.1%	- /100%; n = 9
Selbständige	10.0%	80.0%	-	10.0%/100%; n = 10
Beamte	-	33.3%	66.7%	- /100%; n = 3
Angestellte	29.8%	38.5%	22.8%	8.8%/100%; n = 57
Arbeiter	14.5%	32.7%	40.0%	12.7%/100%; n = 55
Handwerker	22.3%	27.8%	44.4%	5.6%/100%; n = 18
Arbeitslose	-	40.0%	60.0%	- /100%; n = 5
ohne Beruf	-	50.0%	25.0%	25.0%/100%; n = 4
Hausfrauen	28.6%	14.3%	42.9%	14.3%/100%; n = 7
Rentner	-	100.0%	-	- /100%; n = 8

Für den Aufenthalt unter einer Woche ergibt sich prozentual die diagnostische Aufteilung in folgender Reihenfolge:

Am häufigsten werden psychiatrische Diagnosen (33.3%) gestellt, gefolgt vom episodischen Alkoholmißbrauch (28.6%), Alkoholpsychose (25.9%), Medikamentenabhängigkeit (20%) und gewohnheitsmäßigem bis chronischem Alkoholabusus (13.7%).

Für den Aufenthalt länger als 1 Monat zeigt sich genau das umgekehrte Bild, nämlich:

Gewohnheitsmäßigem bis chronischem Alkoholabusus (52.6%) folgen Medikamentenabhängigkeit (35.0%), Alkoholpsychosen (29.6%) und psychiatrische Diagnosen (18.4%).

Für die Aufteilung nach Berufen ergibt sich prozentual für die Aufenthaltsdauer über 1 Monat die folgende Reihenfolge:

Hausfrauen (57.2%) stellen die grösste Gruppe dar, gefolgt von Arbeitslosen (55%) (zusammengefasst Patienten ohne Beruf, ohne Ausnahme auch arbeitslos, und Arbeitslose), Arbeitern (52.7%), Handwerkern (50%), Angestellten (31.6%), Studenten und Schülern (11.1%) sowie Selbständigen (10.0%). Die Berufsgruppe der Beamten, die die Reihe anführt (66.7%) wird wegen der geringen Fallzahl (3) nicht verwertet.

Für die Annahme, dass es sich bei den zur vorläufigen Verwahrung Eingewiesenen in Günzburg und München um grundsätzlich zwei unterschiedliche Patientenkollektive handelt, spricht die grosse Anzahl der Einweisungen im Gegensatz zur geringen Anzahl der richterlichen Verwahrungen in Günzburg und die stark differierende Aufenthaltsdauer beider Kollektive.

Bei der Betrachtung der Aufenthaltsdauer derjenigen Patienten, die entweder freiwillig in der Klinik bleiben oder aber verwahrt werden, also eines kleineren Kollektivs als des der zur Verwahrung Eingewiesenen, zeigt sich:

Tab. 18

	Günzburg		München	
- 7 Tage	31.0%	} 41.3	19.7%	} 35.5
8 - 14 Tage	10.3%		15.8%	
15 - 30 Tage	-		24.8%	
31 Tage - Ende des 2.Monats	13.8%		15.3%	
länger als 2 Monate	24.1%		23.8%	
keine Angabe	20.7%		0.6%	
	100 %		100 %	
	n = 29		n = 177	

dass der Prozentsatz der kurzfristigen Aufenthalte im Günzburger Kollektiv gegenüber dem Münchner Kollektiv erhöht ist zu Lasten der Aufenthaltsdauer über zwei Wochen bis zum Ende des ersten Monats. Hinzu kommt, dass es sich bei der Gruppe ohne Angabe (20.7%) um freiwillig in der Klinik verbliebene Patienten handelt, die noch innerhalb der ersten 4 Tage entlassen wurden. Dies bedeutet jedoch, dass bei den längerfristigen Aufenthalten ähnliche Kollektive entstünden.

Das Ergebnis lässt den Schluß zu, dass die Ärzte des Günzburger Krankenhauses bei weniger gefährdeten Patienten zu kürzerer Behandlungsdauer neigen als die Ärzte des Bezirkskrankenhauses Haar.

Gegen die Annahme, dass es sich bei den zur vorläufigen Verwahrung Eingewiesenen um grundsätzlich andere

Patientenkollektive handelt, spricht erstens die Tatsache, dass die für die Aufenthaltsdauer ausschlaggebenden Diagnosegruppen (Alkoholismus) in beiden Kollektiven grosse Ähnlichkeiten aufweisen (s. Kap. 4.2.1., klinische Daten Tab. 20 München-Günzburg) und zweitens die für die vorläufige Verwahrung so wichtige Einschätzung der Gefährlichkeit bis auf die Einschätzung der Selbstgefährlichkeit ganz ähnliche Prozentsätze aufweist (s. Kap. 4.1.7.).

Daher liegt die Vermutung nahe, dass es sich bei den zur vorläufigen Verwahrung eingewiesenen Patientengruppen um ähnliche Kollektive handelt, dass aber sowohl an den Amtsgerichten, als auch an den Bezirkskrankenhäusern der beiden Städte unterschiedliche Auffassungen darüber bestehen, wann für den Patienten eine rechtlich relevante Selbstgefährdung vorliegt und wann es sinnvoll ist, einen Drogenabhängigen zwangsweise zu behandeln. (Nach rechtlichen Maßstäben ist allerdings die Frage der Zweckmässigkeit unbeachtlich).

Tab. 19

Einweisungsdiagnosen (Günzburger Kollektiv) vs. vollzogene Verwahrungen

	AP	EP	CH	MO	BA	Psy
vorläufig verwahrt wurden	31.3%	-	39.3%	100.0%	-	75.0%
nicht verwahrt wurden	68.8%	100.0%	60.7%	-	100.0%	25.0%
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	n = 16	n = 1	n = 28	n = 1	n = 1	n = 4

AP = Alkoholpsychose (ICD 291)

EP = episodischer Alkoholmißbrauch (ICD 303.0)

CH = gewohnheitsmäßiger bis chronischer Alkoholmißbrauch (ICD 303.1/2)

MO = Medikamentenabhängigkeit vom Morphintyp (ICD 304.0/1)

BA = Medikamentenabhängigkeit vom Barbiturattyp (ICD 304.2/3)

Psy = psychiatrische Diagnose (s. Kap. 4.2.1.)

Auffällig ist, dass Patienten mit psychiatrischen Diagnosen prozentual nach kürzeren Aufenthalten entlassen werden als Patienten mit anderen Diagnosegruppen (vgl. Tab. 16). Diese Tatsache wird verständlich, wenn man sich vor Augen führt, dass 65% der psychiatrischen Diagnosen Neurosen, Psychopathie und situative Auffälligkeiten waren, weitere 20% Epilepsie und Minderbegabung (s.a. Entlassungsdiagnosen München, Tab. 21).

Bemerkenswert ist, dass bei der Aufspaltung nach Berufen die Aufenthaltsdauer mit dem Grad der Ausbildung und Verantwortung abnimmt.

2.3% der Patienten werden am Amtsgericht München zweimal verwahrt, 5.8% der Patienten am Amtsgericht Günzburg.

4.1.11. Einrichtung von Pflegschaft und Vormundschaft

(bei Patienten, die 1978 mindestens einmal vorläufig verwahrt wurden; Münchner Kollektiv)

Im Zeitraum vor der vorläufigen Verwahrung kommt es bei 0.6% (1) der Patienten zur Pflegschaft, bei 1.1% (2) der Patienten zu einer Vormundschaft (n = 177). Während der vorläufigen eiligen Unterbringung kommt es bei 1.7% (3) der Patienten zu einer Vormundschaft (n = 177), wobei ein Patient mit Alkoholpsychose und ein Patient mit chronischem Alkoholismus entmündigt, ein Patient mit Abhängigkeit vom Morphin typ entmündigt und zugleich endgültig verwahrt wird.

Nach der vorläufigen Verwahrung bis Ende 1979 wird bei 3.4% (6) der Patienten eine Pflegschaft angeordnet; (5 Patienten mit Psychose, ein chronischer Alkoholiker). Bei 0.6% (1) wird ein Vormund beigeordnet (chronischer Alkoholismus; n = 177).

Bei weiteren 1.7% (3) der Patienten wurde eine Entmündigung angeregt (ein Patient mit Alkoholpsychose, zwei chronische Alkoholiker).

Daraus ist zu folgern, dass es bei der Drogensucht selten zu Pflegschaft bzw. Vormundschaft kommt. Bei Alkoholismus wird die Vormundschaft der Pflegschaft vorgezogen.

Festzuhalten ist, dass auch die "eilige" vorläufige Unterbringung der (endgültigen) Verwahrung als vorläufige Maßnahme zugeordnet ist (Bay.ObLGZ, 90). Wie die Verweisung in Art. 5, Abs. 2, S. 4 auf Art. 4, Abs. 6 des Bayerischen Verwahrungsgesetzes beweist, ist die "eilige" vorläufige Unterbringung nur ein Unterfall der gewöhnlichen vorläufigen Unterbringung und somit kein besonderes Rechtsinstitut (Graba, 27).

Die Zahlen fügen sich aber nicht der gesetzlich fixierten Konstellation - grundsätzlich Verwahrung und Unterbringung als unselbständige Vorstufe der Verwahrung, die jener nicht notwendig folgen muss (vgl. Graba, a.a.O.) - und weisen auf ein Bedürfnis nach einer prozessualen Trennung der "eiligen" vorläufigen Unterbringung von der Verwahrung hin.

Die dogmatische Trennung der "eiligen" vorläufigen Unterbringung von der (endgültigen) Verwahrung zugunsten eines selbständigen Instituts (z.B. einer Unterbringung zur Beobachtung) wird auch durch das Übermaßverbot nahegelegt. Denn nach gegebener rechtlicher Konstellation muss die Kreisverwaltungsbehörde bei Vorliegen der Voraussetzungen zur "eiligen" vorläufigen Unterbringung mehr beantragen (die dauernde Verwahrung), als es sachgerecht erscheint, etwa aus dem Wissen heraus, dass es während einer bis zu 3 Monaten dauernden Klinikbehandlung zu einer gesundheitlichen Besserung kommen kann, die zu einem Wegfall der Voraussetzungen für einen Verwahrungsantrag führte.

4.2. Klinische Daten

4.2.1. diagnostische Verteilung

Tab. 20 und Tab. 21 beinhalten alle bei den Patienten der verschiedenen Kollektive vorhandenen Differentialdiagnosen und zeigen somit die wirkliche Stärke einzelner Diagnosegruppen auf.

$\times_1$ $\times_2$

Tab. 20

Suchtdiagnosen, Diagnosehäufigkeit; Münchner Kollektiv Einweisungs- und Entlassungsdiagnosen, Günzburger Kollektiv Einweisungsdiagnosen

ICD Schlüssel		München Einweisungs- diagnosen	Günzburg Einweisungs- diagnosen	München Entlassungs- diagnosen
291	Alkoholpsychosen	18.1% (32)	31.4% (16)	15.3% (27)
303.0	episodischer Alkoholmißbrauch	0.6% (1)	2.0% (1)	4.5% (8)
303.1/2	gewohnheitsmäßiger bis chronischer Alkoholmißbrauch	75.1% (133)	56.9% (29)	62.1% (110)
	Alkoholmißbrauch insgesamt (ohne alkoholische Differentialdiagnosen)	85.9% (152)	88.2% (45)	72.9% (129)
304.0/1	Medikamentenabhängig- keit vom Morphintyp	0.6% (1)	2.0% (1)	5.1% (9)
304.2/3	Medikamentenabhängig- keit vom Barbiturattyp	-	2.0% (1)	6.8% (12)
304.4-7				
304.8	andere Medikamente	1.1% (2)	-	6.2% (11)
304.9	nicht bezeichnete Medikamente	18.1% (32)	3.9% (2)	5.6% (10)
294.3	Medikamenten- Intoxikationen	1.1% (2)	-	0.6% (1)
309.1				
	Medikamentenmißbrauch insgesamt (ohne Differentialdiagnosen)	20.9% (37)	7.8% (4)	21.5% (38)
	Polytoxikomanie (Alkohol- und Medika- mentenabhängigkeit)	10.2% (18)	3.9% (2)	12.5% (22)

*2 in (): Fallzahl der Diagnosegruppen

*1 Prozentsätze beziehen sich auf das Münchner Kollektiv mit
n = 177 und das Günzburger Kollektiv mit n = 51.

Tab. 21

Psychiatrische Diagnosen, Diagnosehäufigkeit; Münchner Kollektiv

Einweisungs- und Entlassungsdiagnosen, Günzburger Kollektiv

Einweisungsdiagnosen

ICD Schlüssel	München Einweisungs- diagnosen	Günzburg Einweisungs- diagnosen	München Entlassungs- diagnosen
295/297.1 Schizophrene Psychosen	1.1% (2)	-	3.4% (6)
296 Affektive Psychosen	1.1% (2)	-	-
298 Reaktive Psychosen	5.6% (10)	9.8% (5)	3.4% (6)
293.9/ 294.9 andere Psychosen	1.1% (2)	2.0% (1)	3.4% (6)
299 nicht bezeichnete Psychosen	1.1% (2)	-	-
293.0/ 309.6 Psychosen und psychi- sche Störungen im Alter	1.1% (2)	-	-
300 Neurosen	-	-	4.0% (7)
301 Psychopathie	4.0% (7)	2.0% (1)	7.3% (13)
307.0 kurzfristige psychi- sche Auffälligkeiten bei situativen Belastungen	28.8% (51)	11.8% (6)	26.6% (47)
302.3/ 309.2/ 309.9 andere Verhaltens abweichungen	1.7% (3)	-	2.3% (4)
309.4 Epilepsie	1.1% (2)	-	2.8% (5)
310/311 Oligophrenien	2.3% (4)	-	9.6% (17)
psychiatrische Diagnosen insgesamt (ohne psychiatrische Differentialdiagnose)	47.5% (84)	25.5% (13)	51.4% (91)

Für den statistischen Vergleich wurde für jeden Patienten eine Hauptdiagnose nach folgender Reihenfolge ausgewählt, wobei die jeweils besser plazierte Diagnose bestimmend war.

1. Alkoholpsychosen
2. Episodischer Alkoholmißbrauch
3. Gewohnheitsmäßiger bis chronischer Alkoholmißbrauch
4. Medikamentenabhängigkeit
5. Medikamentenintoxikation ohne Abhängigkeit
6. Psychiatrische Diagnose mit Verdacht auf Drogenmißbrauch
(dies gilt nur für die Einweisungsdiagnosen, bei der Entlassungsdiagnose "psychiatrische Diagnose" ist der Drogenmißbrauch ausgeschlossen).

Da sich bei Abhängigkeit von mehreren unterschiedlichen Medikamenten keine Überschneidung ergab, wurde die Abhängigkeit vom Morphintyp und die Abhängigkeit vom Barbiturattyp vor die Abhängigkeit von Medikamenten gesetzt.

Der Parameter "Abhängigkeit von Medikamenten" ging entweder in "andere Medikamente" ein (wegen der geringen Fallzahl: ein Fall der Abhängigkeit von Cocain, einer von Halluzinogenen, einer von nicht näher bezeichneten Stimulantien und zwei von cannabis sativa), oder er wurde unter "nicht näher bezeichnete Medikamente" subsumiert, wobei dem Parameter "Abhängigkeit von Medikamenten" Vorrang vor "nicht näher bezeichnete Medikamente" eingeräumt wurde.

Tab. 22

Auswahldiagnosen; in (): Fallzahl der Diagnosegruppe

	München Einweisungs- diagnose	Günzburg Einweisungs- diagnose	München Entlassungs- diagnose
Alkoholpsychose	18.1% (32)	31.4% (16)	15.3% (27)
episodischer Alkoholmißbrauch	0.6% (1)	2.0% (1)	4.0% (7)
gewohnheitsmäßiger bis chronischer Alkohol- mißbrauch	67.2% (119)	54.9% (28)	53.7% (95)
Medikamentenabhängigkeit vom Morphintyp	0.6% (1)	2.0% (1)	4.5% (8)
Medikamentenabhängigkeit vom Barbituratyp	-	2.0% (1)	3.4% (6)
Medikamentenabhängigkeit von anderen Medikamenten	0.6% (1)	-	1.1% (2)
Medikamentenabhängigkeit von nicht bezeichneten Medikamenten	9.0% (16)	-	1.7% (3)
Arzneimittelintoxikation	0.6% (1)	-	0.6% (1)
psychiatrische Diagnose	3.4% (6)	7.8% (4)	15.8% (28)
	100 %	100 %	100 %
	n = 177	n = 51	n = 177
Alkoholmißbrauch insgesamt	85.9% (152)	88.2% (45)	72.9% (129)
Medikamentenmißbrauch insgesamt	10.7% (19)	3.9% (2)	11.3% (20)

Der Vergleich der Einweisungsdiagnosen beider Kollektive (Tab. 20) zeigt, dass Patienten mit Alkoholmißbrauch in beiden Kollektiven prozentual gleich stark vertreten sind

und auch ein Unterschied in der Schwere des Alkoholmißbrauchs (s. episodischer ^{ya} Alkoholmißbrauch) nicht besteht. Die Diagnose Alkoholpsychose ist nur mit Einschränkungen zu interpretieren, da auch der Alkoholrausch hierunter fällt. So ergibt die Aufgliederung für das Münchner Kollektiv: Rausch 9% (16), andere Alkoholpsychosen 9% (16); für das Günzburger Kollektiv: Rausch 23.5% (12), andere Alkoholpsychosen 7.8% (4). Hinzu kommt, dass im Münchner Kollektiv 14 Patienten sowohl die Diagnose Alkoholpsychose, als auch die Diagnose gewohnheitsmässiger bis chronischer Alkoholmißbrauch hatten; im Günzburger Kollektiv war dies bei einem Patienten der Fall. Es liegt nahe anzunehmen, dass die Patienten mit Alkoholpsychose auch unter die Diagnose gewohnheitsmäßiger bis chronischer Alkoholabusus fallen. Trotz des Umstandes, dass lediglich bei 16 von 133 Alkoholikern bei der Einweisung Alkoholrausch formblattmäßig erfasst wurde, ist dieser Prozentsatz nach allgemeiner klinischer Erfahrung weitaus höher anzusetzen.

Es fällt weiter auf, dass Patienten sowohl mit Medikamentenabhängigkeit (Tab. 20; Münchner Kollektiv 20.9% zu Günzburger Kollektiv 7.8%), als auch mit psychiatrischen Diagnosen (Tab. 21; Münchner Kollektiv 47.5% zu Günzburger Kollektiv 25.5%) in Günzburg seltener sind. Dies spricht dafür, dass in ländlicher Umgebung bei Drogenmißbrauch der Alkoholismus als Hauptvertreter in Erscheinung tritt.

Zum Vergleich der Einweisungsdiagnosen vs. Entlassungsdiagnosen des Münchner Kollektivs (Tab. 20) ist zu sagen,

dass bei Entlassung in 6.2% (11) der Fälle ein Alkoholrausch diagnostiziert wurde, andere Alkoholpsychosen machten 9% (16) aus. 16 Patienten hatten sowohl die Diagnose Alkoholpsychose, als auch episodischer oder gewohnheitsmäßiger bis chronischer Alkoholmißbrauch.

Bei 13% (23) der Patienten änderte sich die Diagnose Alkoholismus fast ausschliesslich zu Gunsten psychiatrischer Diagnosen (vgl. hierzu Einweisungsdiagnosen München und Entlassungsdiagnosen München Medikamentenmißbrauch insgesamt und psychiatrische Diagnose, Tab. 22).

7 Patienten, die bei der Einweisung als chronische Alkoholiker diagnostiziert waren, wurden mit der Diagnose episodischer Alkoholmißbrauch entlassen.

Beim Parameter "Medikamentenabhängigkeit" werden die zunächst "nicht bezeichneten Medikamente" auf andere Medikamentengruppen verteilt. Bei der Diagnose Polytoxikomanie zeigt sich eine starke Diagnoseunsicherheit (Tab. 20). So musste bei 10 von 18 Polytoxikomanien diese Diagnose fallengelassen werden, hingegen wurden 14 Patienten mit anderen Einweisungsdiagnosen bei der Entlassung in diese Gruppe übernommen.

Auch dieses Ergebnis lässt die Feststellung zu, dass es sich bei Münchner und Günzburger Kollektiv um einander ähnliche Kollektive handelt. Damit steht aber auch fest, dass der Unterschied in der Einweisungshäufigkeit (vgl. Tab. 6) auch nicht durch einen Unterschied in der Schwere der Diagnosen zu rechtfertigen ist.

Darüberhinaus wird die Vermutung bestätigt, dass die Einweisungsdiagnose nicht grundsätzlich von der Entlassungsdiagnose gedeckt wird. Deshalb ist zu fragen, ob aufgrund der vorhandenen Diagnoseunsicherheit, die aus den gedrängten Zeitverhältnissen zu erklären ist, die Improvisierfähigkeit der Richter und der Ärzte nicht über Gebühr strapaziert wird. Auf der anderen Seite wird ausnahmslos auf die Dauer von drei Monaten verwahrt, also von vornherein die als Ausnahme vorgesehene Höchstdauer ausgeschöpft. Daher ist zu überlegen, ob es nicht sinnvoll wäre, eine zeitliche Staffelung des Beschlußverfahrens dergestalt vorzunehmen, dass etwa nach einem Beschluß mit einer zeitlichen Beschränkung der Unterbringung auf zunächst eine Woche, bei Fortbestehen der Verwahrungsvoraussetzung ein zweiter Beschluß nachgeschaltet wird.

4.2.2. Erstmanifestation der Drogensucht

Tab. 23

Erstmanifestation bei 1978 vorläufig Verwahrten

(Münchener Kollektiv)

1978 bei Sticheinweisung	10.7%	}	14.7
1978 aber vor Sticheinweisung	4.0%		
1977	2.3%	}	18.1 in den ersten 5 Jahren
1976-1973 (2-5 Jahre vor Einweisung)	15.8%		
1972-1968 (6-10 Jahre vor Einweisung)	20.9%	}	46.3 länger als 5 Jahre
1967-1963 (11-15 Jahre vor Einweisung)	12.4%		
1962 und früher	13.0%		
ohne Datum, aber vor Sticheinweisung	5.1%		
keine Angabe	15.8%		
	<u>100 %</u>		

Tab. 24

Erstmanifestation vs. Entlassungsdiagnosen

	GK	AP	EP	CH	MO	BA	Psy
1978	18.6%	23.8%	40.0%	7.9%	12.5%	-	55.0%
1-5 Jahre vor Einweisung	22.9%	9.5%	20.0%	19.7%	62.5%	60.0%	25.0%
mehr als 5 Jahre vor Einweisung	58.6%	66.7%	40.0%	72.3% ^{x)}	25.0%	40.0%	20.0%
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	n = 140	n = 21	n = 5	n = 76	n = 8	n = 5	n = 20

x) mehr als 10 Jahre 39.5% (n = 76)

GK = Gesamtkollektiv, bezogen auf Personen, bei denen das Datum der Erstmanifestation bekannt ist

AP = Alkoholpsychose

EP = episodischer Alkoholmißbrauch

CH = gewohnheitsmäßiger bis chronischer Alkoholmißbrauch

MO = Medikamentenabhängigkeit vom Morphintyp

BA = Medikamentenabhängigkeit vom Barbituratyp

Psy = psychiatrische Diagnose

Tab. 25

Alter vs. Entlassungsdiagnosen

	AP	EP	CH	MO	BA	Psy	aMed nMed tMed
jünger als 34 Jahre	44.4%	28.6%	35.8%	100.0%	33.3%	64.3%	100.0%
älter als 34 Jahre	55.5%	71.5%	64.3%	-	66.7%	35.7%	-
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	n = 27	n = 7	n = 95	n = 8	n = 6	n = 28	n = 6

Abkürzungen der Entlassungsdiagnosen s. Tab. 24; aMed, nMed, tMed = Abhängigkeit von anderen, nicht näher bezeichneten Medikamenten und Medikamentenintoxikation.

Tab. 26

Alter vs. Erstmanifestation vor Sticheinweisung

	1-5 Jahre	5 und mehr Jahre
jünger als 34 Jahre	60.3%	39.7% / 100%; n = 68
älter als 34 Jahre	23.6%	76.4% / 100%; n = 72

Es zeigt sich, dass über die Hälfte, nämlich 58.6% der Fälle (mit Angabe des Datums) mehr als 5 Jahre vor der Sticheinweisung 1978 erstmals erkranken oder süchtig werden (Tab. 24). Der Diagnoseschlüssel zeigt, dass die Dauer von der Erstmanifestation der Sucht bis zur Sticheinweisung bei Medikamentenabhängigkeit in mindestens 60% der Fälle höchstens 5 Jahre beträgt, während es bei Alkoholsucht (bis auf episodischen Alkoholmißbrauch) in über 60% der Fälle mehr als 5 Jahre bis zur vorläufigen Verwahrung dauert (Tab. 24). Bei 39.5% (~~30~~) der chronischen Alkoholiker liegt die Erstmanifestation mehr als 10 Jahre zurück. Dies lässt Rückschlüsse auf die Dekompensationsdauer bei den verschiedenen Suchtformen zu.

Setzen wir bei den Altersstufen als Grenzalter 34 Jahre, so wird deutlich, dass die unter 34-Jährigen 100% der Medikamentensucht (nur Barbiturate bilden eine Ausnahme) und über 60% der psychiatrischen Diagnosen ausmachen (Tab. 25); dabei werden 60.3% der unter 34-Jährigen 1-5 Jahre nach Erstmanifestation vorläufig verwahrt (Tab. 26). Demgegenüber sind Patienten, die älter als 34 Jahre sind, in der Mehrzahl in

den Alkoholgruppen mit entsprechend längerer Dekompensationsdauer zu finden.

Patienten mit Barbituratabhängigkeit sind zwar in der Mehrzahl der Fälle älter als 34 Jahre (Tab. 25), liegen aber in 60% unter der 5-Jahresgrenze (Tab. 24; typisch für Medikamente).

Bei psychiatrischen Diagnosen handelt es sich eher um jüngere (64.3% jünger als 34 Jahre; Tab. 25) Patienten und die Erstmanifestation liegt bei 80% dieser Patienten weniger als 5 Jahre zurück (Tab. 24). Erwähnenswert ist, dass Patienten unter 18 Jahren ausschliesslich wegen Alkoholismus verwahrt werden (bei allerdings geringerer Fallzahl n = 3).

4.2.3. Erste ärztliche Betreuung und erster Klinikaufenthalt

Tab. 27

Erste ärztliche Betreuung bei 1978 vorläufig Verwahrten
(Münchener Kollektiv)

1978 bei Sticheinweisung	42.4%	(44.6%)
1978 vor Sticheinweisung	9.0%	(9.5%)
1977-1975 (1-3 Jahre vor Sticheinw.)	16.3%	(17.3%)
1974-1972 (4-6 Jahre vor Sticheinw.)	8.5%	(8.9%)
1971-1969 (7-9 Jahre vor Sticheinw.)	6.2%	(6.5%)
1968-1959 (10-20 Jahre vor Sticheinw.)	11.3%	(11.9%)
ohne Datum, aber vor Sticheinweisung	1.1%	(1.2%)
keine Angabe	5.1%	
	100 %	100 %
	n = 177	n = 168

in (): korrigierte Tabelle, nur Fälle
mit Angabe zu diesem Punkt

Zieht man nur die Patienten heran, bei denen die erste ärztliche Betreuung angegeben ist, so kommen ca. 45% der Patienten bei Sticheinweisung das erste Mal in ärztliche (psychiatrische) Behandlung, über die Hälfte der Patienten ist bereits vorbehandelt.

Die Erkrankung manifestiert sich im Jahr der Einweisung nur bei 18.6% der Patienten (Tab. 24).

Tab. 28

Erster Klinikaufenthalt bei 1978 vorläufig Verwahrten
(Münchner Kollektiv)

1978 bei Sticheinweisung	46.9%
1978 vor Sticheinweisung	8.5%
1977 - 1975	15.3%
1974 - 1972	7.9%
1971 - 1969	5.6%
1968 und früher	11.9%
ohne Datum, aber vor Sticheinweisung	0.6%
keine Angaben	3.4%
	100 %
	n = 177

Ca. 47% der 1978 zur vorläufigen Unterbringung eingewiesenen Patienten werden erstmalig in einer Klinik behandelt. Für etwa die Hälfte der Patienten (49.7%) handelt es sich um wiederholten Klinikaufenthalt. Bei 11.9% der Patienten liegt der erste Klinikaufenthalt länger als 10 Jahre zurück.

Für 28.8% der 1978 zur vorläufigen Unterbringung eingewiesenen Patienten (n = 177) ist dies eine wiederholte Unterbringung nach dem Bay.Verw.G. 57.9% der Patienten mit einem oder mehreren früheren Klinikaufenthalten (n = 88) wurden also bereits ein oder mehrmals untergebracht.

4.3. Soziale Daten

4.3.1. Geschlecht

Tab. 29

Geschlechtsverteilung Münchner und Günzburger Kollektiv in (): Geschlechtsverteilung der volljährigen Wohnbevölkerung im Amtsgerichtsbezirk, Stand: 31.12.1978

Geschlecht	München		Günzburg	
männlich	76.8%	(47.8%)	84.3%	(47.9%)
weiblich	23.2%	(52.2%)	15.7%	(52.1%)
	100 %		100 %	
	n = 177		n = 51	

Das weibliche Geschlecht ist verglichen mit der Normalbevölkerung sowohl im Münchner, als auch im Günzburger Kollektiv stark unterrepräsentiert, dabei ist der prozentuale Anteil der Frauen im Günzburger kleiner als im Münchner Kollektiv.

Tab. 30

Geschlecht vs. Entlassungsdiagnosen (Münchner Kollektiv)

	Alk	Med	Psy
männlich	81.4%	60.0%	67.9%
weiblich	18.6%	40.0%	32.1%
	100 %	100 %	100 %
	n = 129	n = 20	n = 28

Alk = Alkoholabhängigkeit (Alkoholpsychosen; episodischer, gewohnheitsmäßiger und chronischer Alkoholmißbrauch)

Med = Medikamentenabhängigkeit vom Morphinotyp, Barbiturattyp, von anderen und nicht näher bezeichneten Medikamenten und Medikamentenintoxikation

Psy = psychiatrische Diagnose

Im Diagnoseschlüssel des fallstarken Münchner Kollektivs fällt auf, dass die Geschlechtsverteilung bei den einzelnen Diagnosegruppen unterschiedlich ist. So ist der Anteil der Frauen sowohl an Medikamentenabhängigkeit (40.0%), als auch an psychiatrischen Diagnosen (32.1%; Tab. 30) erheblich höher als ihr Anteil am Gesamtkollektiv mit 23.2% (Tab. 29), während sich der Anteil der Frauen an der Alkoholismusgruppe (18.6%; Tab. 30) dem Günzburger prozentualen Anteil des weiblichen Geschlechts von 15.7% nähert (Tab. 29).

Nimmt man die Einweisungsdiagnosen von München und Günzburg (s. Kap. 4.2.1; Tab. 20) zu Hilfe, so zeigt sich für Medikamentenabhängigkeit ein Unterschied zwischen München und Günzburg von 20.9% zu 7.8%, für psychiatrische Diagnosen ein Unterschied von 47.5% zu 25.5%. Da aber in

beiden Diagnosegruppen der Frauenanteil relativ hoch ist, muss ein Kollektiv, in dem diese Diagnosen einen geringen Teil ausmachen, auch einen niedrigeren Prozentsatz des weiblichen Geschlechts aufweisen. Zusätzlich ist die geringere berufliche und damit soziale Exposition der Frau in einem Gebiet von mehr ländlichem bis kleinstädtischem Charakter in Betracht zu ziehen. So sind in München-Stadt 41.3% der weiblichen Wohnbevölkerung berufstätig, in München-Land 34.0%, im Günzburger Kreis 35.1% (Tab.40).

Zusammenfassend lässt sich somit unterstellen, dass Frauen häufiger als Männer mit Flucht in Medikamente bzw. "psychiatrische Auffälligkeiten" reagieren, als Ausweg im Alkohol zu suchen. Die stärkere häusliche, familiäre Integration und geringere soziale Exposition lässt die Frau jedoch geringer gefährdet erscheinen.

Im Stadt/Land-Vergleich wird deutlich, dass in ländlicher Umgebung der Alkohol als Suchtmittel im Vordergrund steht.

4.3.2. Alter

Tab. 31

Durchschnittsalter (in Jahren = J) insgesamt und getrennt nach Geschlechtern

	München		Günzburg	
gesamt	37.3 J	(45.1 J)	37.0 J	(45.6 J)
weiblich	37.2 J	(47.2 J)	39.0 J	(47.3 J)
männlich	37.4 J	(42.9 J)	36.5 J	(43.7 J)

in (): Durchschnittsalter der Wohnbevölkerung im Erhebungsbereich, Stand 31.12.1978

Tab. 32

Altersverteilung insgesamt und getrennt nach Geschlecht

	München			Günzburg		
	insg.	weibl.	männl.	insg.	weibl.	männl.
- 17	1.7%	-	2.2%	-	-	-
18 - 20	5.6%	4.9%	5.9%	2.0%	-	2.3%
21 - 34	39.0%	51.2%	35.3%	31.4%	12.5%	34.9%
35 - 44	26.6%	19.5%	28.7%	45.1%	62.5%	41.9%
45 - 59	22.0%	19.5%	22.8%	21.6%	25.0%	20.9%
60 - 64	2.3%	-	2.9%	-	-	-
65 - 74	1.7%	2.4%	1.5%	-	-	-
über 74	1.1%	2.4%	0.7%	-	-	-
	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
	n = 177	n = 41	n = 136	n = 51	n = 8	n = 43

insg. = insgesamt, weibl. = weiblich, männl. = männlich

Das Durchschnittsalter aller wegen Drogenmißbrauchs vorläufig Verwahrten liegt bei ungefähr 37 Jahren (Ausnahme: Frauen im Günzburger Kollektiv; bei der kleinen Fallzahl (8) unterbleibt die Erklärung).

Vorläufig untergebracht wird in München zu 87.6%, in Günzburg zu 98.1% im Alter von 51 - 59 Jahren (Anteil der Wohnbevölkerung an diesen Altersstufen: München 67.3%, Günzburg 62.2%, Stand: 31.12.1978), wobei der Anteil der 21 - 34-Jährigen hoch ist, ganz besonders der Anteil der Frauen an dieser Altersstufe im Münchner Kollektiv. In Günzburg ist der Anteil der 35 - 44-jährigen Männer auffällig.

Tab. 33

Altersstufen vs. Entlassungsdiagnosen (Münchener Kollektiv)

	Alk	Med	Psy
- 17	2.3%	-	-
18 - 20	3.1%	20.0%	7.1%
21 - 34	31.8%	60.0%	57.1%
35 - 44	32.6%	10.0%	10.7%
45 - 59	26.4%	5.0%	14.3%
60 - 64	2.3%	5.0%	-
65 - 74	1.6%	-	3.6%
über 74	-	-	7.1%
	100 %	100 %	100 %
	n = 129	n = 20	n = 28

Abkürzungen: s. Tab. 30, Kap. 4.3.1.

Der Diagnoseschlüssel des fallstarken Münchener Kollektivs zeigt, dass bei Medikamentenabhängigkeit und psychiatrischen Diagnosen die Altersstufe der 21 - 34-Jährigen stark überwiegt, bei Alkoholismus die Altersstufen der 21 - 34- und 35 - 44-Jährigen ähnliche Prozentsätze aufweisen (Tab. 33). Der hohe Anteil der 21 - 34-jährigen Frauen (Tab. 32) im Münchener Kollektiv ist durch den Münchener Diagnoseschlüssel erklärbar, der darstellt, dass der Prozentsatz der 21 - 34-Jährigen bei Medikamentenabhängigkeit und psychiatrischen Diagnosen bei ungefähr 60% liegt. Gerade in diesen Diagnosegruppen aber sind Frauen stärker vertreten (s. Tab. 30, Kap. 4.3.1.).

Bei den Männern schlagen mehr die Altersstufen der Diagnose Alkoholismus durch. Besonders auffällig wird dies in Günzburg, nicht ganz so deutlich in München, weil hier die psychiatrischen Diagnosen (Entlassungsdiagnose, Tab. 20, 64.0%) und Medikamentenabhängigkeit (Entlassungsdiagnose, Tab. 20, 24.4%), in denen der Männeranteil bei 60% und mehr liegt (Tab. 30), insgesamt häufiger sind.

4.3.3. Staatsangehörigkeit

Tab. 34

	München		Günzburg	
dt	91.0%	(86.8%)	86.3%	(93.6%)
ndt	9.0%	(13.2%)	13.7%	(6.4%)
	100 %		100 %	
	n = 177		n = 51	

dt = deutsch, ndt = nichtdeutsch

in (): Wohnbevölkerung im Erhebungsbereich;
Stand: Volkszählung 1970

Es besteht ein hoher Anteil an Nichtdeutschen (Ausländer und Staatenlose) im Günzburger Kollektiv, der nicht durch den Anteil der Nichtdeutschen in der Normalbevölkerung zu erklären ist, während der Anteil Nichtdeutscher im Münchner Kollektiv gegenüber der Normalbevölkerung erniedrigt ist.

Tab. 35

Staatsangehörigkeit vs. Einweisungsdiagnosen

(Günzburger Kollektiv)

	Alk	Med	Psy
dt	84.4%	100 %	100 %
ndt	15.6%	-	-
	100 %	100 %	100 %
	n = 45	n = 2	n = 4

Staatsangehörigkeit vs. Einweisungsdiagnosen

(Münchner Kollektiv)

	Alk	Med	Psy
dt	90.1%	94.7%	100 %
ndt	9.9%	5.3%	-
	100 %	100 %	100 %
	n = 152	n = 19	n = 6

dt = deutsch, ndt = nichtdeutsch

Alk = Alkoholabhängigkeit, Med = Medikamentenabhängigkeit,

Psy = psychiatrische Diagnose mit Verdacht auf Drogenabhängigkeit

Bei der Betrachtung der ausgewählten Einweisungsdiagnosen beider Kollektive fällt auf, dass Ausländer in beiden Kollektiven nahezu ausschliesslich in der Gruppe Alkoholismus zu finden sind.

Zu erklären ist der hohe Anteil Nichtdeutscher im Günzburger Kollektiv durch die Tatsache, dass in einem ländlich bis

kleinstädtischen Gebiet die Situation Nichtdeutscher problematischer ist als in einem mehr großstädtischen Gebiet (München-Stadt macht den grössten Teil des Münchner Kollektivs aus; s.a. Kap. 4.1.4.) und Probleme des privaten Umfeldes verstärkt im Alkoholabusus kompensiert werden. Während die Großstadt allein durch die Tatsache der Konzentration der ohnehin erheblich höheren Anzahl von Ausländern in bestimmten Wohngebieten bessere Voraussetzungen und Möglichkeiten zur Problembewältigung schafft, führt der mangelnde Kontakt zu Landsleuten bei fehlenden Integrationsmöglichkeiten in der mehr ländlichen Umgebung zur Isolation.

4.3.4. Familienstand

Tab. 36

Familienstandsverteilung (Münchner und Günzburger Kollektiv)

	München		Günzburg	
ledig	42.9%	(39.5%)	43.1%	(44.8%)
verheiratet	35.6%	(48.4%)	51.0%	(46.2%)
geschieden	18.1%	(3.7%)	5.9%	} (9.0%)
verwitwet	2.3%	(8.4%)	-	
ohne Angabe	1.1%		-	
	100 %		100 %	
	n = 177		n = 51	

in (): Werte der Wohnbevölkerung im Erhebungsbereich
Stand: Volkszählung 1970

Das Münchner Kollektiv verleitet im Vergleich mit der Normalbevölkerung zur Auffassung, dass Ledige oder Geschiedene eher vorläufig verwahrt werden als Verheiratete oder Verwitwete. Das Günzburger Kollektiv ist nur schwer zu vergleichen: der Anteil der Ledigen in der Normalbevölkerung liegt hoch, der Anteil der verwahrten Ledigen auffälligerweise eher niedriger. Der Anteil der verwahrten Verheirateten ist hoch, der Anteil der Geschiedenen niedrig.

Ein Vergleich der beiden Kollektive mit den statistischen Daten über die Normalbevölkerung ist hier nur schwer möglich. Zum einen fehlt für die Bevölkerung des Günzkreises eine Aufschlüsselung in Geschiedene und Verwitwete, zum anderen sind in den statistischen Daten über den Familienstand der Wohnbevölkerung die unter 18-jährigen Ledigen nicht ausgeklammert. Betrachten wir uns die Anteile der unter 18-jährigen Bevölkerung, so zeigt sich für München-Stadt ein Anteil von 16.1% an der Wohnbevölkerung, für München-Land ein Anteil von 23%, für Günzkreis aber ein Anteil von 27%, also ein Überhang an unter 18-jährigen, die als ledig anzusetzen sind. Hieraus erklärt sich der höhere Anteil der Ledigen in der Günzburger Normalbevölkerung. Da sich aus diesem Überhang an unter 18-jährigen kaum vorläufige Verwahrungen rekrutieren (so ist in Günzburg keine einzige vorläufige Verwahrung unter 18-Jähriger vorzufinden, vgl. Kap. 4.3.2.), erscheint der eher niedrigere Anteil der verwahrten Ledigen verglichen mit dem Prozentsatz der Günzburger Normalbevölkerung im Gegensatz zum Münchner Kollektiv erklärlich.

Der hohe Anteil der Verheirateten von 51% im Günzburger Kollektiv ist statistisch nicht zu erklären. Weder die Daten über die Normalbevölkerung, noch die erhobenen Daten über die beiden Kollektive bieten eine Möglichkeit der Interpretation an. Es müssen allgemeine soziale Kriterien eine Rolle spielen: mangelnde Angebote der Freizeitgestaltung, engere Bezogenheit des Einzelnen auf die Familie, Alkohol als sozial adäquates Mittel zur Entspannung.

Der im Gegensatz zum Münchner Kollektiv niedrigere Anteil der Geschiedenen im Günzburger Kollektiv ist nicht zu erklären, da statistische Daten über die Günzburger Normalbevölkerung fehlen.

4.3.5. Beruf

Tab. 37

Berufsverteilung, Münchner und Günzburger Kollektiv

	München	Günzburg
Schüler und Student	5.1%	2.0%
Selbständig	5.6%	7.8%
Beamter	1.7%	2.0%
Angestellter	32.2%	11.8%
Arbeiter	31.1%	49.0%
Handwerker	10.1%	5.9%
Hausfrau	4.0%	15.7%
ohne Beruf	5.1%	2.3%
arbeitslos		5.9%
Rentner	2.8%	-
	5.1%	-
	100 %	100 %

Relevante Unterschiede finden wir in beiden Kollektiven in der Gruppe der Angestellten, Arbeiter, Hausfrauen und der Rentner.

Tab. 38 (Vergleichstabelle)

von den Erwerbstätigen der Wohnbevölkerung der Amtsgerichtsbezirke München und Günzburg waren

	München Stadt	München insgesamt	München Kreis	Günz- Kreis
Selbständig:	8.3%	8.6%	11.3%	13.7%
Beamte:	8.3%	8.4%	8.9%	6.9%
Angestellte:	44.7%	44.2%	40.0%	18.2%
Arbeiter:	36.6%	36.5%	35.2%	49.0%

Stand: Volkszählung 1970

Tab. 39 (Vergleichstabelle)

von der Wohnbevölkerung der Amtsgerichtsbezirke München und Günzburg waren

	München Stadt	München insgesamt	München Kreis	Günz- Kreis
Schüler und Studenten:	13.8%	13.9%	15.2%	17.1%
Rentner:	16.7%	16.4%	14.4%	17.2%
Arbeitslose: x)		1.3%		1.3%

Stand: Volkszählung 1970

x) Arbeitslosenstatistik des Arbeitsamtes München, 1978

Tab. 40 (Vergleichstabelle)

von der weiblichen Wohnbevölkerung der Amtsgerichtsbezirke
München und Günzburg waren

	München Stadt	München Kreis	Günz- Kreis
berufstätig:	41.3%	34.0%	35.1%

Stand: Volkszählung 1970

Durch Heranziehen der Daten über die Normalbevölkerung wird deutlich, dass in Günzburg sowohl der niedrige Prozentsatz der Angestellten, als auch der hohe der Arbeiter in den Vergleichsdaten wiedergegeben wird.

Der hohe Anteil der Hausfrauen im Günzburger Kollektiv ist auf den niedrigeren Anteil berufstätiger Frauen in einer ländlichen Umgebung zurückzuführen.

Der Unterschied in der Gruppe der Rentner ist durch die stärkere Familieneinbindung alter Leute in einem ländlichen Gebiet zu erklären. Über die Hälfte (5) der in München verwahrten Rentner ist über 60 Jahre, der Rest Frührentner.

5. Diskussion

Untersuchungen, die die Praxis der Unterbringung Drogenabhängiger zum Inhalt haben, sind - soweit ersichtlich - lediglich von Heß (30) und Frenzel, Schmidt (über die praktischen Erfahrungen mit der Unterbringung psychisch Kranker, Hess.Ärzt.Bl. 1, 27 (1979)) im Rahmen anderer thematischer Zusammenhänge mit erfasst worden.

Eine Diskussion und Auseinandersetzung der vorliegenden Arbeit mit den genannten Untersuchungen erübrigt sich, weil die Verfasser durchweg sog. Mischkollektive (also psychisch Kranke und Drogenabhängige) bildeten, ohne jedoch eine nähere Aufschlüsselung durchzuführen, mit der Folge, dass sie sich der Vergleichbarkeit mit den vorliegenden Kollektiven entziehen.

Im Folgenden soll der Versuch unternommen werden, Kritik und Anregungen der Literatur am Unterbringungsrecht mit den Ergebnissen der Arbeit zu vergleichen und somit die Frage beantwortet werden, inwieweit die Literaturerkenntnisse durch die vorliegende Untersuchung bestätigt werden können.

Im vorliegenden Rahmen wurden Erkenntnisse im Geltungsbereich des Bayerischen Verwahrungsgesetzes erarbeitet, eine über die Landesgrenze hinausgehende Untersuchung wurde nicht gemacht. Dennoch legt die Betrachtung der bestehenden

Rechtslage in den verschiedenen Bundesländern, mit Unterbringungsgesetzen, die als reine Sicherheitsgesetze (Bayern) konzipiert sind bis zu Regelungen, die den Fürsorgegedanken mehr in den Vordergrund stellen (Hamburg, NRW, Baden-Württemberg), die Forderung nach bundeseinheitlicher Regelung nahe. Es ist als unbefriedigend zu empfinden, wenn die therapeutischen Möglichkeiten, das Rechtsverfahren und der Rechtsschutz für die Betroffenen, die Nachsorge und das Recht der Heilbehandlung von der geographischen Zufälligkeit abhängen.

Das Verlangen einer stärkeren Betonung des Fürsorgegedankens in der Unterbringungsgesetzgebung wird von den Erkenntnissen dieser Arbeit getragen. Danach galten 79.1% der Eingewiesenen in München und 58.8% in Günzburg als selbstgefährlich. Die in der Rechtsprechung und Literatur vertretene Ansicht, wonach zur freien Entfaltung der Persönlichkeit auch die Freiheit zur Krankheit gehöre und somit letztendlich das Recht, das Leben zu ruinieren, wird ohnehin nicht konsequent eingehalten. Mit dem Argument, dass der Gemeinschaft das Schicksal eines ihrer Glieder nicht gleichgültig sein kann, wird polizeirechtliches Einschreiten für geboten gehalten, wenn eine erhebliche Gesundheitsverletzung unmittelbar bevorsteht. Diese durch die Erfahrung des Dritten Reiches geprägte Ansicht, die eine Pervertierung zum "Zwangsbehandlungsrecht" befürchtet, sollte zugunsten einer Betrachtungsweise verlassen werden, die aus dem Sozialstaatgedanken heraus die Fürsorge in den Vordergrund stellt. Damit entfielen auch der Gedanke der "Gefahrenabwehr"

mit der Folge der "Drehtürpsychiatrie" und der Rahmen für eine notwendige umfassende Vor- und Nachsorge mit ambulanten Hilfen wäre gegeben.

Zu bestätigen ist die Ansicht, dass das von den Ländergesetzen als Ausnahme vorgesehene Dringlichkeitsverfahren zur Regel geworden ist (Heß, 30; Koch, 34; Laasen, 43; Stadlbauer, 65). So sind im gesamten Untersuchungszeitraum 1978 weder in Günzburg, noch in München die gesetzlich vorgesehenen Regelfälle zur Anwendung gekommen. Dieser Erkenntnis sollte die Verselbständigung des Instituts der "eiligen vorläufigen Unterbringung" als dogmatische Konsequenz folgen.

Innerhalb des Dringlichkeitsverfahrens bedürfen folgende Gesichtspunkte der Beachtung:

- Die von Ärzten als wirklichkeitsfremd empfundene Fristenregelung von 48 Stunden für die Gutachtenerstellung (Ehrhard, Villinger, 18; Haddenbrock, 29; Koch, 34, 37) ist durch die vorliegende Untersuchung zu bestätigen: mit nur 40.7% der Eingewiesenen in München war Verständigung möglich. Allenfalls diese Patienten sind dem diagnostischen Vorgehen zugänglich. Als Lösung bietet sich etwa eine Dreitagesfrist zur Gutachtenerstellung an, wie sie in Baden-Württemberg vorgesehen ist.
- Die Bestellung eines Anwalts oder Verfahrenspflegers im Rahmen eines Unterbringungsverfahrens (Koch, 34, 36) wird auch durch die Untersuchung nahegelegt: 29.4% der in München eingereichten Beschwerden werden wegen Unzulässigkeit abgewiesen, 5.1% des Münchner und 4% des Günzburger

Kollektivs wurden länger als 48 Stunden ohne richterliche Entscheidung festgehalten.

- Dass auf die Anhörung der Eingewiesenen vor der Beschlussfassung weitgehend verzichtet wird, wird durchaus kritisch gesehen (Laasen, 43; Koch, 35).

Welche Konsequenz dieser Umstand zeitigt, geht aus folgenden Zahlen hervor:

98.9% der Eingewiesenen werden in München durch richterlichen Beschluß verwahrt, hingegen nur 39.2% in Günzburg (also bei 60.8% der Eingewiesenen wird die Verwahrung abgelehnt). Der Grund liegt in dem unterschiedlich ausgestatteten Verfahren: in Günzburg wird vor dem Beschluß rechtliches Gehör gewährt, in München geschieht dies erst in der Beschwerdeinstanz. Obwohl beide Verfahrensweisen den gesetzlichen Anforderungen gerecht werden, erfüllen sie ihre Kontrollfunktion offensichtlich unterschiedlich. Angesichts des hohen verfassungsrechtlichen Ranges der persönlichen Freiheit ist dies nicht hinzunehmen und die Forderung nach der Verankerung der Anhörung des Eingewiesenen vor der Beschlussfassung sollte nach diesem Ergebnis eine Selbstverständlichkeit sein.

Die in der Literatur beklagte Begriffsverwirrung (Schubert, 62) bei den Unterbringungsvoraussetzungen der Geisteskrankheit und Geistesschwäche kann nur bestätigt werden: die die Eingewiesenen behandelnden Ärzte stellten in 82.9% der Fälle Geisteskrankheit bzw. Geistesschwäche fest, aber nur in 2.8%

Alkoholsucht, gingen also als Mediziner vom juristischen Krankheitsbegriff aus. Dieser Umstand trägt auch nicht zur Behebung der beklagten Verständigungsschwierigkeiten zwischen Ärzten und Juristen bei (Koch, 35, 37; Franke, 26). Zur Beseitigung dieses Spannungsverhältnisses und aus dem Fürsorgegedanken heraus bietet sich der Ersatz dieser Begriffe durch die klinischen Termini Psychose und psychische Störung, die einer Psychose gleichkommt, an (vgl. Unterbringungsgesetze von NRW, Hamburg und Niedersachsen).

Bereits in anderem Zusammenhang wurde der geringe Prozentsatz der Patienten im Münchner Kollektiv genannt (40.7%), mit denen Verständigung bei der Aufnahme möglich war. Aus diesem Umstand ist eine weitere Barriere in der Verständigung zwischen dem Gutachter und dem Richter herzuleiten, die in der Literatur kritisch gewürdigt wird (Haddenbrock, 29; Janzarik, 33; Winkler, 72). Wie soll angesichts dieser Zahlen der Gutachter zuverlässig und für den Richter nachvollziehbar (in der Zweitägesfrist) die "potentielle Gefahr" des Eingewiesenen beurteilen können, wie soll er dem Umstand der Unberechenbarkeit des psychisch Kranken rational begegnen und wie kann der Arzt die "gegenwärtige Gefahr" für den Patienten feststellen, wenn eine Kontaktaufnahme zunächst nicht möglich ist? Als Ausweg aus dem Dilemma bietet sich neben der schon skizzierten längeren Fristenlösung für die Gutachtenerstellung eine gesetzliche Konkretisierung des Tatbestandsmerkmals der "gegenwärtigen Gefahr" im Sinne der Regelung von Psych KG NRW,

wonach eine solche Gefahr immer dann anzunehmen ist, wenn sich die Krankheit so auswirkt, dass ein schadensstiftendes Ereignis unmittelbar bevorsteht oder sein Eintritt wegen der Unberechenbarkeit unvorhersehbar, wegen besonderer Umstände jedoch jederzeit zu erwarten ist.

Der in der Literatur vorgebrachte Einwand der unzureichenden Regelung des Ausgangs, der Beurlaubung und der Entlassung (Venzlaff, 60; Laasen, 43; Franke, 23, 26; Ehrhard, 14; Hirschmann, 31) ist durch die Erfahrung der vorliegenden Arbeit auf die Ausgestaltung des Dringlichkeitsverfahrens insgesamt zu erweitern:

Sowohl in München, als auch in Günzburg wurde ausnahmslos von vornherein die grundsätzlich zwar mögliche, aber als Höchstdauer vorgesehene Verwahrungsdauer von 3 Monaten durch Gerichtsbeschluß angeordnet. Zieht man noch die unterschiedliche Verweildauer in beiden Kollektiven heran (in München wurden 19.7% der Verwahrten innerhalb der ersten Woche Entlassen, in Günzburg 60.7%), so wird deutlich, dass die Verweildauer sich für den Patienten als Zufallsergebnis der geographischen Lage darstellen kann. Auch weist diese Vorgehensweise für den Verwahrten eine nicht hinzunehmende Lücke im Rechtsschutz auf: ein von Anfang an die Höchstdauer ausschöpfender Verwahrungsbeschluß macht eine hiergegen gerichtete sofortige Beschwerde nach Ablauf von 14 Tagen (§ 22, Abs. 1, S. 1 FGG) unzulässig, obwohl womöglich die Verwahrungsvoraussetzungen nicht mehr vorliegen, mit der

Folge, dass bei entsprechender Konstellation (s. 4.1.10) die ausgesprochene Höchstdauer ausgeschöpft wird, obwohl die materiell-rechtlichen Voraussetzungen nicht gegeben sind. Angesichts des hohen verfassungsrechtlichen Ranges des Grundrechts der persönlichen Freiheit ist ein solches Ergebnis nicht hinzunehmen. Als Möglichkeiten bieten sich grundsätzlich zwei Lösungen an:

Eine gesetzlich fixierte kurzfristige Anordnung der Verwahrungsdauer mit der Folge, dass bei Fortbestehen der Unterbringungs Voraussetzungen ein neuer Beschluß zu fassen wäre bzw. dem Verwahrten für die Dauer der Unterbringung eine unbefristete Beschwerdemöglichkeit einzuräumen.

Zum Abschluß sei angemerkt: auch die Qualität des Gesetzesvollzugs ist ausschlaggebend für die Beurteilung eines Gesetzes und an diesem Umstand kann auch eine noch so wohlfeil gelungene Reform nichts ändern. Es bleibt zu hoffen, dass die von Koch (34, 36) kritisierte - und vom Verfasser zu bestätigende - Praxis der Routinebewältigung (Formulare anstatt ärztlicher Äusserungen; Fehlen von Schilderung konkreter Tatsachen; Gesetzeswiedergabe anstatt juristischer Subsumption) durch den Schwung einer Neukonzeption eine Änderung der pauschalisierenden Vorgehensweise zugunsten umfassender Einzelfallwürdigung herbeiführt.

6. Zusammenfassung

Die Untersuchung befasst sich mit eingeleiteten Verfahren zur Unterbringung Drogenabhängiger im Jahre 1978 in den Amtsgerichtsbezirken Günzburg und München. Es wurden jeweils Gesamtkollektive erhoben, wobei in München über die Untersuchung der Amtsgerichtakten hinaus zusätzlich die Krankenakten ausgewertet wurden. Insgesamt wurden in München 177 und in Günzburg 51 Verfahren bearbeitet, wobei München Großstadtmilieu und Günzburg Umgebung mit kleinstädtischer bis ländlicher Struktur repräsentiert.

Die Sozialdaten der von Unterbringungsverfahren Betroffenen werden mit soziographischen Statistiken verglichen.

Alle Daten wurden maschinell mit Hilfe des statistischen Programmpakets SPSS ausgewertet.

Die Untersuchung zeitigt folgende wesentliche Ergebnisse:

- Ausnahmslos handelte es sich sowohl in München, als auch in Günzburg um Fälle der eiligen vorläufigen Unterbringung gem. Art. 5, Abs. 2 i. Vm. Art 4, Abs. 6 Bay.Verw.G. Dieses vom Gesetz als Ausnahme vorgesehene Verfahren wurde kein einziges Mal zugunsten der gesetzlichen Regelfälle verlassen.

- Die gesetzliche Höchstdauer der Unterbringung wurde in allen Beschlüssen ausgeschöpft. Eine kürzere Anordnung (vom Gesetz als Regel angesehen) konnte weder im Amtsgerichtsbezirk München noch in Günzburg nachgewiesen werden.

- Aufnahmeklinik in Günzburg (100%) und München (99%) ist das Bezirkskrankenhaus
- in München wurden nahezu alle Eingewiesenen (98.9%) durch richterlichen Beschluß verwahrt, in Günzburg hingegen nur 39.2% der Fälle, bei 60.8% der Eingewiesenen wurde die Unterbringung also abgelehnt. Von den 60.8% der Patienten in Günzburg, bei denen es nicht zur Unterbringung gekommen ist, blieben 29.0% freiwillig in der Klinik, 12.9% wurden sofort entlassen, weil ärztlicherseits Voraussetzungen für die Unterbringung nicht gegeben waren. in 51.6% der Fälle lehnte das Gericht die Anordnung der Unterbringung ab.
- Im Günzburger Beschlußverfahren wird dem Eingewiesenen bereits vor dem Amtsrichter rechtliches Gehör gewährt, hingegen in München erst in der Beschwerdeinstanz vor dem Landgericht.
- Die grundgesetzlich fixierte zeitliche Spanne (Art. 104, Abs. 2 GG) von der Einweisung bis zum richterlichen Unterbringungsbeschluß wird in München in 5,1% und in Günzburg in 4% der Fälle überschritten.
- Bei einer Verwahrungsziffer von rd.99% in München legten gegen den die Unterbringung anordnenden Beschluß 9.6% der Verwahrten Beschwerde ein, wobei 29.4% der Beschwerden stattgegeben wurde und 64.7% abgewiesen wurden, davon 29.4% wegen Fristüberschreitung.
- Von den in Günzburg Eingewiesenen und durch richterlichen Beschluß Verwahrten (39.2%) legten gegen den Verwahrungsbeschluß

5.9% der Fälle Beschwerde ein (3 aus n = 51), wobei zwei abgewiesen und einer Beschwerde stattgegeben wurde.

- In einer willkürlichen Fallkonstellation konnte nachgewiesen werden, dass die gesetzliche Regelung mit der ungestaffelten Unterbringungsmöglichkeit bis zu 3 Monaten i. Vm. dem nachgewiesenen Vorgehen der Praxis dem verfassungsrechtlichen Rang der persönlichen Freiheit des Unterbrachten nicht gerecht wird.

- Die Einweisungsdiagnosen stellen sich wie folgt dar: Alkoholmißbrauch insgesamt 85.9% in München und 88.2% in Günzburg. Medikamentenmißbrauch insgesamt 10.7% zu 3.9%.

- Die Einweisungsdiagnosen in München werden bei Entlassungsdiagnosen korrigiert: bei Alkoholmißbrauch von 85.9% auf 72.9% und bei Medikamentenmißbrauch insgesamt von 10.7% auf 11.3%.

- Die Erstmanifestation der Medikamentenabhängigkeit liegt in 60% der Fälle bis zu fünf Jahre vor der Sticheinweisung. Bei Alkoholabhängigkeit beträgt die Zeitspanne von der Erstmanifestation bis zur Sticheinweisung in über 60% der Fälle mehr als fünf Jahre.

- Alle Patienten mit Medikamentenabhängigkeit sind unter 34 Jahren.

- Über 50% der in München Eingewiesenen befanden sich bereits in ärztlicher Behandlung; ca. 47% werden erstmalig in einer Klinik behandelt.

- Die Einweisungsziffer (Zahl der Einweisungen pro 100 000 der Wohnbevölkerung) bei Drogenabhängigen war in Günzburg mit 23.0 höher als in München (12.2). Umgekehrt verhält es sich mit der Verwahrungsziffer: 12.2 in München zu 6.4 in Günzburg.
- In München wurden 79.1% der Eingewiesenen als selbstgefährlich angesehen, in Günzburg waren es 58.8%.
- Die berichterstattenden Ärzte haben die Eingewiesenen in 2.8% der Fälle unter den Begriff der Alkoholsucht formblattmässig subsumiert, hingegen unter den Begriff der Geisteskrankheit in 10.7% bzw. unter den der Geisteschwäche in 71.2% der Fälle. Daran wird deutlich, dass der Beurteilung der juristische Begriff der Geisteskrankheit/Geistesschwäche und nicht der medizinische zugrunde gelegt wurde.
- Verständigung mit dem Eingewiesenen war in München nur in 52.6% der Fälle möglich.
- In München wurden 20% und in Günzburg 61% der Eingewiesenen innerhalb der ersten Woche entlassen. Darüberhinaus zeigt das Münchner Kollektiv längere Klinikaufenthalte als das Günzburger.
- Beim Klinikaufenthalt über einen Monat ist die Berufsgruppe der Hausfrauen am häufigsten vertreten, gefolgt von Arbeitslosen, Arbeitern, Handwerkern und Angestellten. Das Schlußlicht wird von der Gruppe der Selbständigen gebildet.

- Bei der Drogenabhängigkeit kommt es kaum zu Einrichtung von Pflegschaft bzw. Vormundschaft.
- Das weibliche Geschlecht ist in beiden Kollektiven - gemessen an der Normalbevölkerung - deutlich unterrepräsentiert.
- Der Anteil der Frauen war sowohl bei der Medikamentenabhängigkeit, als auch bei psychiatrischen Diagnosen erheblich höher als ihr Anteil am Gesamtkollektiv.
- Das Durchschnittsalter aller wegen Drogenmißbrauchs vorläufig Untergebrachten betrug ca. 37 Jahre.
- Der Anteil der Nichtdeutschen (Ausländer und Staatenlose) im Günzburger Kollektiv (13.7%) liegt deutlich über ihrem Anteil an der Normalbevölkerung (6.7%), wobei sie in beiden Kollektiven nahezu ausschliesslich in der Alkoholismusgruppe zu finden sind.
- Ledige und Geschiedene waren im Münchner Kollektiv gegenüber ihrem Anteil an der Normalbevölkerung deutlich erhöht.

LITERATURVERZEICHNIS

- 1 Baumann, J.: Unterbringungsrecht, Tübingen, Mohr, 1966
- 2 ders.: Der Gefährlichkeitsbegriff in den Landesgesetzen zur Unterbringung von Geisteskranken und Süchtigen, Med. Klin. 63, 470 und 508 (1968)
- 3 ders.: Unterbringung und Freiheitsentziehung, in: Handbuch der forensischen Psychiatrie, Bd. 1, Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer 1972
- 4 Bayerisches Statistisches Landesamt: Statistisches Jahrbuch für Bayern 1978, München 1979
- 5 ders.: Kreisdaten, München 1979
- 6 Bleuler, M.: Lehrbuch der Psychiatrie, 12. Aufl., Berlin, Springer 1972
- 8 Bundesregierung der BRD (Hrsg.): Enquête über die Lage der Psychiatrie in der BRD, Bundesdrucksache 7/4200, Bonn 1974
- 9 Burghard, A.: Ein unmenschlicher Gesetzesentwurf, Rhein. Ärztebl., 1955, 84, 204
- 0 Demuth, H.: Unterbringung und Freiheitsentziehung aus psychiatrischer Sicht, in: Rechtsprobleme in der Psychiatrie, Hrsg.: H. Lauter und H. C. Schreiber, Köln, Rheinland, 1978
- 1 Dreher, Tröndle: Kommentar zum StGB, München, Beck 1978

- 12 Ehrhardt, H.: Die Anstaltseinweisung Geisteskranker
als juristisch-medizinisches Problem, Zeitschr. Arzt R
1952, 204
- 13 ders.: Zur Problematik der Freiheitsentziehung bei
psychisch Kranken, NJW 1954, 1751
- 14 ders.: Das Gesetz über das gerichtliche Verfahren bei
Freiheitsentziehungen, NJW 1956, 1868
- 15 ders.: Die Unterbringung des psychisch Kranken als
ärztlich-rechtliches Grenzproblem, Nerv.A 37, 107 (1966)
- 16 ders.: Probleme einer Reform des Entmündigungs- und
Vormundschaftsrechts, in: Jugendpsychiatrie und Recht
(Festschrift für H. Stutte), Hrsg.: H. Reenschmidt und
H. Schuler-Springorum, Köln, Heymans 1979
- 17 ders. und Villinger, W.: Rechtssicherheit und Gesund-
heitsschutz bei Geisteskranken. Zum neuen Entwurf eines
Bundesgesetzes über das gerichtliche Verfahren bei
Freiheitsentziehungen, Nerv.A 25, 37 (1954)
- 18 ders. und Villinger, W.: Forensische und administrative
Psychiatrie, Unterbringung und psychisch Kranken und
das Problem der Freiheitsentziehung, in: Psychiatrie
der Gegenwart, Bd. 3, Hrsg.: H. W. Gruhle, Berlin-
Göttingen-Heidelberg, Springer 1961
- 19 Franke, W.: Der Sicherungsgedanke im Unterbringungsrecht,
NJW 1959, 1561

- 20 ders.: Grundlagen der Anstaltsunterbringung psychisch
Kranker in verfassungs-, privat- und verwaltungsrecht-
licher Sicht, NJW 1969, 1369
- 21 ders.: Richter und Arzt im Unterbringungsrecht,
NJW 1961, 955
- 22 ders.: Die Maßgeblichkeit des Willens gesetzlicher
Vertreter bei Anstaltsunterbringungen, NJW 1962, 1755
- 23 ders.: Die Zwangsunterbringung unberechenbar potentiell
gefährlicher Geisteskranker durch die öffentliche
Gewalt, NJW 1967, 281
- 24 ders.: Die Anstaltsunterbringung psychisch und Sucht-
kranker als rechtliches und ärztliches Problem in
juristischer Sicht, Med.Klin. 62, 1143 (1967)
- 25 ders.: Variabilität und Unberechenbarkeit der potentiellen
Gemein- und Selbstgefährlichkeit psychischer Krankheits-
und Suchtzustände, Med.Klin. 64, 1941 (1969)
- 26 ders.: In dubio pro libertate in gerichtlichen Freiheits-
entziehungsverfahren bei Anstaltsunterbringungen psychisch
Kranker und Süchtiger, Med.Klin. 64, 2217 (1969)
- 27 Graba, H.-U.: Der Verwahrungsantrag nach dem Bayerischen
Verwahrungsgesetz, Bay.VBl 1976, 231
- 28 Gruhle, C.: Unterbringung eines Kranken gegen seinen
Willen in der geschlossenen Abteilung einer Heilanstalt,
Nerv.A 1951, 271; 1952, 193

- 29 Haddenbrock, S.: Unterbringung und Freiheitsentziehung aus psychiatrischer Sicht, in: Handbuch der forensischen Psychiatrie, Bd. 2, Berlin-Göttingen-Heidelberg, Springer 1972
- 30 Heß, M.: Zwangsunterbringung von psychisch Kranken, Öff.Gesundh.Wesen 40, 689 (1978)
- 31 Hirschmann, H.: Die öffentlich-rechtlichen Aufgaben der öffentlichen psychiatrischen Krankenhäuser, Öff.Gesundh.Wesen 34, 474 (1972)
- 32 Janz, H.W.: Stellungnahme zu dem Entwurf eines Bundesgesetzes über das gerichtliche Verfahren bei Freiheitsentziehungen und Freiheitsbeschränkungen, Nerv.A 23, 191 (1952)
- 33 Janzarik, W.: Die Beurteilung der Gefährlichkeit psychisch Kranker im Unterbringungsverfahren, NJW 1959, 2287
- 34 Koch, H.-J.: Das Unterbringungsdezernat, NJW 1970, 1953
- 35 ders.: Der Anhörungstermin im Unterbringungsverfahren, NJW 1971, 1073
- 36 ders.: Probleme der Praxis des Unterbringungsrechts, NJW 1973, 544
- 37 ders.: Die Zusammenarbeit zwischen Richter und ärztlichem Sachverständigen im Unterbringungsverfahren, NJW 1974, 595

- 38 Köster, R.: Die ausserstrafrechtliche Unterbringung
des psychisch Kranken, rechtliche Grundlagen und
ärztliche Probleme, Ärzte Bl. Bd.-Wttbg. 11, 362 (1968)
- 39 Kroll, G.: Fürsorge für und Schutz vor psychisch Kranken,
Fam. RZ 1969, 142
- 40 Kullmann, J.H.: Die Bedrohung der öffentlichen Sicherheit
und Ordnung bei Zwangsunterbringung, NJW 1967, 287
- 41 ders.: Zweifelsfragen bei Prüfung der Entlassungs-
voraussetzungen für zwangsweise untergebrachte Geistes-
und Suchtkranke, NJW 1968, 190
- 42 ders.: Entziehung der Freiheit von Geisteskranken
und Suchtkranken, München, Goldmann 1971
- 43 Laasen, C.: Das Unterbringungsgesetz in der gericht-
lichen Praxis, Öff.Gesundh.Wesen 38, 29 (1976)
- 44 Langelüddeke, H.: Gerichtliche Psychiatrie, 3. Aufl.,
Berlin, de Gruyter 1971
- 45 Leibholz, G., Rinck, H.J.: Grundgesetz, Köln, Schmidt 1971
- 46 März: Fragen aus dem Recht der Freiheitsentziehung und
Unterbringung, Bay.VBl. 1976, 167
- 47 Mangold-Klein: Das Bonner Grundgesetz, Berlin, Frankfurt,
C.H. Beck 1957
- 48 Maunz-Dürig: Grundgesetz, München, C.H. Beck 1978
- 49 Mende, W.: Geisteskrankheit, Geistesschwäche, in:
Lexikon der Psychiatrie, Hrsg.: C. Müller, Berlin,
Springer 1973

- 50 ders.: Forensische Psychiatrie, in: Lehrbuch der
Psychiatrie, Hrsg.: M. Bleuler, Berlin, Springer 1979
- 51 Möllhoff, G.: Aktuelle Probleme bei Rauschmittel-
süchtigen, Med.Sachverst. 69 (1973), 30
- 52 ders.: Die Unterbringung psychisch Kranker, Psychiat.
Prax. 6, 31 (1979)
- 53 ders.: Zwangseinweisung psychisch Kranker, in:
Medical Tribune 18 (1979), 21
- 54 Palder, H.: Die Unterbringung und Verwahrung von
Suicidenten, Bay.VBl 1977, 392
- 56 Ross, H.: Hindert Artikel 104 GG eine ausreichende
Fürsorge für psychisch Kranke?, NJW 1959, 2283
- 57 Saage, E., Göppinger, H.: Freiheitsentziehung und
Unterbringung, München, Beck 1975
- 58 Säcker, H.: Die probeweise Entlassung verwahrter
Personen, Bay.VBl 1972, 488
- 59 Schmidt-Bleibtreu: Kommentar zum GG, Neuwied,
Luchterhand, 1980
- 60 Schmidt, W.: Wichtige Rechtsvorschriften im Hinblick
auf alkoholische Beeinflussung, Das öff. Gesundheits
Wesen 1977, 33
- 61 Schneider, K.: Klinische Psychopathologie, Stuttgart,
Thieme 1971

- 62 Schubert, H.: Die Reformbedürftigkeit der Rechts-
grundlagen für die zwangsweise Unterbringung psychisch
Kranker und Suchtkranker, Zeitschrift für das Fürsorge-
wesen 12, 269 (1974)
- 64 Schulte-Tölle: Psychiatrie, Berlin-New York, Springer 1979
- 65 Stadlbauer, F., Trifthäuser: Die Verwahrung von
alkoholsüchtigen Personen, Bay.VBl 1961, 49
- 66 Stanglmair, H. Rechtsfragen des Bayerischen Verwahrungs-
gesetzes, Bay. VBl 1971, 290
- 67 Sundermeyer, W.: Der verfassungsmäßige Rahmen einer
Gesetzgebung für psychisch Kranke, Nerv.A 25, 283 (1954)
- 68 Venzlaff, U.: Der psychisch Kranke im Spannungsfeld
zwischen Behandlungsauftrag und Rechtsnorm, in:
Rechtsprobleme in der Psychiatrie, Hrsg.: H. Lauter
und H. C. Schreiber, Köln, Rheinland 1978
- 69 Villinger, W.: Zur Frage eines Bundesfürsorgegesetzes
für psychisch Kranke, Grundsätzliches vom ärztlichen
Standpunkt, Münch.med.Wschr. 1954, 587
- 70 Walter, M.: Aspekte für eine Reform des Unterbringungs-
rechts, in: Rechtsprobleme in der Psychiatrie, Hrsg.:
H. Lauter und H. C. Schreiber, Köln, Rheinland 1978
- 71 Weitbrecht, H.J.: Psychiatrie im Grundriß, Heidelberg-
New York, Springer 1968
- 72 Winkler, W. Th.: Zum Gesetz über Hilfen und Schutz-
maßnahmen bei psychischen Krankheiten, Nerv.A 41,
548 (1970)

- 73 Witter H.: Grundriß der gerichtlichen Psychologie
 und Psychiatrie, Berlin, Springer 1970
- 74 ders.: Buchbesprechung in NJW 1974, 601
- 75 Zutt, J.: Zur gesetzlichen Neuregelung der Einweisung
 psychisch Kranker in geschlossene Krankenanstalten,
 JZ 1951, 433
- 76 ders.: Freiheitsverlust und Freiheitsentziehung,
 Berlin-Heidelberg-New York, Springer 1970
- 77 Müller, J., (unveröffentlicht): (Über Unterbringung
 von psychisch Kranken, Med. Diss. München)
- 78 Stiglmaier, E. (unveröffentlicht): (Über Entmündigung,
 Med. Diss. München)
- 79 Wernitz, W. (unveröffentlicht): (Über Pflegschaft,
 Med. Diss. München)

GESETZE UND RECHTSPRECHUNG

- 80 Bay.Verw.G, Gesetz über die Verwahrung geisteskranker,
geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger
Personen vom 30. April 1952, Bay. BS I S. 435,
geändert durch Gesetz vom 23.7.1970, GVBl. S. 302,
Bay.Verw.G
- 81 Bundestag - Druck II, 169, S. 16
- 82 B Verf GE 6, 32
- 83 B Verf GE 8, 274
- 84 B Verf G NJW 1960, 811
- 85 B Verf G JZ 1967, 568
- 86 B Verf G NJW 1967, 1795
- 87 RGZ 130, 69
- 88 BGHZ 53, 388
- 89 OLG Hamm NJW 1966, 1168
- 90 Bay ObLG Z 1956, 387
- 91 Bay ObLG Z 1957, 187
- 92 Bay ObLG Z 1962, 333
- 93 Bay ObLG Z 1963, 235
- 94 Bay ObLG Z 1968, 327
- 95 Bay ObLG Bay. VBl 1972, 502
- 96 LG München Bay VBl 1972, 504

Nachtrag

Am 20.04.1982 verabschiedete der Bayerische Landtag das Gesetz über die Unterbringung psychisch Kranker und deren Betreuung. Damit wurde das Gesetz über die Verwahrung geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkohol-süchtiger Personen vom 30.04.1952 außer Kraft gesetzt.

Folgende Gesichtspunkte wurden für reformbedürftig angesehen und fanden in dem neuen Gesetz Berücksichtigung.

- Der Fürsorgegrundsatz wurde in Art. 4 aufgenommen.
- Der Rehabilitationszweck steht selbständig neben dem Sicherungszweck (Art. 2).
- Die Rechtsstellung der betroffenen Personen wurde stärker ausgestattet:
Art. 21 gewährt dem Untergebrachten einen Rechtsanspruch auf Heilbehandlung.
Gefährliche Eingriffe oder Heilverfahren bedürfen einer rechtsgültigen Einwilligung des Betroffenen oder seines gesetzlichen Vertreters (Art. 21, Abs. 3).
Wenn erforderlich, ist vom Gericht zur Wahrnehmung der Interessen des Betroffenen ein Rechtsanwalt bzw. Pfleger für das Verfahren zu bestellen.
Wegen des nachhaltigen Eingriffs in die persönliche Freiheit ist nunmehr bestimmt (Art. 1, Abs. 3), daß eine zwangsweise Unterbringung nur dann zulässig ist, wenn die Gefährdung nicht auf andere Weise beseitigt werden kann, und trägt damit den Grundsätzen der Erforderlichkeit und Verhältnismäßigkeit Rechnung.
- Das Gericht hat grundsätzlich vor Anordnung der Unterbringung den Betroffenen zu hören (Art. 11, Abs. 1).

- Der Untergebrachte hat Recht auf persönliche Ausstattung (Art. 22), auf Besuch (Art. 23) und auf Schriftwechsel, wobei Schriftwechsel des Untergebrachten mit Gericht, Rechtsanwalt, Verteidiger oder Notar nicht überwacht werden darf. Das Petitionsrecht wird nicht eingeschränkt (Art. 24, Abs. 2).
Das Recht, Telefongespräche zu führen, Telegramme aufzugeben sowie Pakete abzusenden und zu empfangen wurde in Art. 23 geregelt.
- Die Zustellung von Beschlüssen wird in Art. 13 und 14 geregelt.
- Beurlaubung, Ausgang und Beschäftigung außerhalb der Einrichtung werden in Art. 30, 31 geregelt.
- Das Gericht kann jederzeit die Prüfung über die Voraussetzungen für die Unterbringung vornehmen (Art. 32).
- Der Leiter der medizinischen Einrichtung muß den Antrag auf Prüfung stellen, wenn nach seiner Überzeugung die Voraussetzung für die Unterbringung nicht mehr vorliegen (Art. 32, Abs. 2).
- Der den sicherheits- und ordnungsrechtlichen Kategorien verpflichtete Krankheitsbegriff "geisteskrank" wurde durch die Begriffe "psychisch krank" bzw. "psychische Störung" ersetzt.
- Zum Zweck der Vorbereitung des Gutachtens kann gerichtlich eine vorläufige Unterbringung angeordnet werden. Das Gutachten ist grundsätzlich innerhalb von 5 Tagen zu erstellen. Weitere Gründe für die vorläufige Unterbringung sind: Beiordnung eines Rechtsanwalts, Nachholung einer unterbliebenen Anhörung und die Notwendigkeit einer weiteren Beweiserhebung zur Ermittlung des Gefahrensachverhalts (Art. 17, Abs. 4, 5, 6).

Damit braucht die Kreisverwaltungsbehörde nicht mehr zu beantragen (endgültige Verwahrung) als dies ihrer Überzeugung entspricht.

- Der Leiter der medizinischen Einrichtung darf den Betroffenen unter Umständen ohne Einschaltung des Gerichts entlassen (Art. 17, Abs. 7), aber auch den Betroffenen gegen seinen Willen festhalten (Art. 18, Abs. 4).
- Das Gericht kann bei der sofortigen eiligen Unterbringung vor Erlass einer Entscheidung den Fortbestand einer Unterbringung für 3 Tage anordnen.
- Die vorläufige Unterbringung und die sofortige vorläufige Unterbringung wurde dogmatisch von dem Unterbringungsverfahren getrennt und werden im 3. Abschnitt gesondert behandelt.

Folgende diskutierte Reformansätze wurden im Gesetz nicht berücksichtigt:

- Das Gesetz ist nach wie vor polizei- und sicherheitsrechtlich konzipiert.
- Die Rechtsmaterie der Gewährung sozialer, medizinischer und rehabilitativer Hilfen für psychisch Kranke in Form von präventiver, begleitender und nachgehender Fürsorge ist gesetzlich nicht geregelt worden.
- Die Pflicht zur Anhörung des Untergebrachten wurde nur grundsätzlich festgelegt, wobei zahlreiche Ausnahmen das Gericht von dieser Pflicht entbinden (Art. 11, Abs. 3, 4). Entsprechendes gilt im Rahmen der sofortigen vorläufigen Unterbringung (Art. 18, Abs. 5).

- Die Konkretisierung des Tatbestandsmerkmals der polizeilichen Gefahr und öffentlichen Sicherheit oder Ordnung ist nur teilweise erfolgt (Art. 1, Abs. 1).
- Die Höchstdauer für die vorläufige Unterbringung beträgt unverändert 3 Monate. Eine unbefristete Beschwerdemöglichkeit ist nicht eingeräumt.

D A N K E

Herrn Prof. Dr. W. Mende habe ich für die Überlassung des Themas und den großzügigen wissenschaftlichen Beistand zu danken.

Für die Gewährung von Freiräumen, die mir erst den zeitlichen Aufwand für die Arbeit ermöglichte, danke ich ganz besonders dem Dekan der Medizinischen Fakultät, Herrn Prof. Dr. W. Spann.

Herrn Dr. Seidemann gebührt Dank für seinen unermüdlichen Einsatz um den reibungslosen Fortgang der Arbeit.

Bei den Mitarbeitern der Amtsgerichte München und Günzburg bedanke ich mich für ihre Geduld bei Beschaffung des Untersuchungsmaterials und Überlassung der Arbeitsräume.

Last but not least habe ich die anregende Atmosphäre und kollegiale Zusammenarbeit der Gruppe (Frau J. Müller, Herrn W. Wernitz und Herrn E. Stiglmaier) dankbar zu erwähnen.

LEBENS LAUF

- 1947 Am 7. 10. als Sohn des Kaufmanns Leo Wroblewski
und seiner Frau Ruth in Stettin geboren
- 1954 Eintritt in die Stettiner Volksschule
- 1961 Übersiedlung als Spätaussiedler in die
Bundesrepublik Deutschland
- 1961 Eintritt in das Christian Ernst Gymnasium in
Erlangen
- 1969 Dort Abitur
- 1969 Aufnahme des Studiums der Rechtswissenschaften
an der FAU Erlangen
- 1974 Dort das 1. Juristische Staatsexamen abgelegt
- 1975 Aufnahme des Referendardienstes am OLG Nürnberg
- 1976 Beginn des Medizinstudiums an der FAU Erlangen
- 1977 Ablegung des II. Juristischen Staatsexamens
(Assessor)
- 1978 Fortsetzung des Studiums der Medizin an der
LMU München
- 1982 Bestehen des III. Abschnittes der Ärztlichen
Prüfung
Approbation als Arzt (18. Juni)

